

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO  
ITAJAÍ - UNIDAVI**

**EMILLY CAROLINE PEREIRA**

**LIDANDO COM A FINITUDE DA VIDA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A  
PSICOLOGIA ATUANDO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**RIO DO SUL  
2021**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO  
ITAJAÍ - UNIDAVI**

**EMILLY CAROLINE PEREIRA**

**LIDANDO COM A FINITUDE DA VIDA: A PSICOLOGIA ATUANDO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao curso de Psicologia, da Área das Ciências Biológicas, Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, como condição parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Prof. Orientadora: Mestra Vanessa Gontijo de Freitas

**RIO DO SUL  
2021**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO  
ITAJAÍ - UNIDAVI**

**EMILLY CAROLINE PEREIRA**

**LIDANDO COM A FINITUDE DA VIDA: A PSICOLOGIA ATUANDO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao curso de Psicologia, da Área das Ciências Biológicas, Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, a ser apreciado pela Banca Examinadora formada por:

---

Professora Orientadora: Ma. Vanessa Gontijo de Freitas

Banca Examinadora:

---

Prof. Simone Helena Schelder

---

Prof.

Rio do Sul, 12 de novembro de 2021.

*O que separa o nascimento da morte é o tempo. A vida é o que fazemos dentro desse tempo; é a nossa experiência. (Ana Claudia Quintana Arantes).*

## AGRADECIMENTOS

A escolha de cursar uma graduação traz em seu bojo muitos desafios e renúncias mas, ao mesmo tempo, nos mostra o quão resilientes podemos ser. Sou muito grata por todo o crescimento pessoal e profissional que adquiri durante esses cinco anos de caminhada e pelos laços que criei dentro e fora dos muros da faculdade. A Psicologia me abriu portas inimagináveis, por isso, encerrar esse ciclo não é tarefa fácil!

A minha mãe Cleusa, que nunca mediu esforços para me ajudar e sempre foi meu incentivo para seguir em frente, mesmo diante de momentos em que desistir parecia a melhor opção. Ela enxugou minhas lágrimas em momentos de extrema pressão e exaustão, apoiando todas as minhas decisões e vibrando a cada conquista alcançada. Me faltam palavras para te agradecer. Tudo que sou hoje, é graças a você!

A meu pai por todo o apoio e a minha irmã Eduarda, por sempre ouvir minhas lamentações e estar ao meu lado nos momentos em que mais precisei de ajuda. Gratidão por todas as memórias felizes que compartilhamos!

As minhas duas avós por todo o amor e incentivo aos estudos. Vocês são meu exemplo de força e persistência.

Às minhas amigas de infância Andressa e Ana Carolina, por todas as risadas, conselhos e momentos felizes. Obrigada por acolherem meus dramas em relação à graduação e, apesar de nem sempre estarmos juntas fisicamente, vocês são muito importantes em minha vida.

Às minhas companheiras de caminhada acadêmica: Chaiane, Taíze, Ana Caroline e Beatriz, por tudo que vivenciamos juntas durante esses anos e pela amizade que construímos. Desejo todo sucesso do mundo à vocês!

À Vanessa, minha orientadora, por ouvir minhas ideias e ter abraçado esse projeto, lapidando-o a cada dia. Suas contribuições foram extremamente importantes.

Aos mestres que perpassaram pela graduação de Psicologia e fizeram com que eu me apaixonasse, cada dia mais, por essa belíssima área. Sempre levarei comigo o zelo, amor e dedicação para com a nossa profissão, atributos que transpareceram em cada aula. Vocês são inspiração para minha trajetória profissional!

## RESUMO

Em meio a perspectiva atual que compreende a morte como um fracasso e, por isso, a exclui dos debates sociais, observa-se o ressurgimento de uma abordagem denominada Cuidados Paliativos que possui como cerne principal o cuidado de forma integral. Assim, garante-se que aqueles indivíduos, cuja enfermidade alcançou um estágio irreversível, tenham uma assistência voltada para sua qualidade de vida e autonomia. O contato com a morte pode suscitar uma série de reações em uma pessoa em estado terminal, além de ser um momento permeado por intenso sofrimento para este e seu ciclo familiar que, inevitavelmente, também está envolvido no processo. A presente pesquisa enquadra-se no modelo de trabalho de campo, de abordagem descritiva e qualitativa. A estratégia de pesquisa adotada é o estudo de caso, com o objetivo geral de analisar a atuação da Psicologia frente a demanda de pacientes em Cuidados Paliativos. A partir dos resultados da pesquisa, constatou-se que a Psicologia, enquanto parte integrante da equipe multiprofissional em Cuidados Paliativos, possui uma atuação voltada para as angústias e necessidades do sujeito, onde, por meio de um cuidado humanizado, promove-se a aceitação de sua atual condição, bem como um espaço seguro para que o mesmo expresse seus medos ao lidar com a finitude da vida. Além disso, o olhar do psicólogo também estende-se para a família e a equipe de saúde, trabalhando suas possíveis dificuldades neste momento. Contudo, ainda há muitas lacunas que interferem diretamente nessa prática, fazendo com que o psicólogo não consiga acompanhar todos os pacientes que estão vivenciando a finitude, o que pode inferir diretamente sobre a qualidade de vida destes. Deste modo, espera-se que a presente pesquisa contribua para a atuação em Cuidados Paliativos ao explicitar a prática do psicólogo diante dessa abordagem.

**Palavras-Chave:** Morte, Cuidados Paliativos, Atuação da Psicologia.

## **ABSTRACT**

In the midst of the current perspective that understands death as a failure and, therefore, excludes it from social debates, there is a resurgence of an approach called Palliative Care that has as its main core the integral care. Thus, it is guaranteed that those individuals, whose illness has reached an irreversible stage, have assistance focused on their quality of life and autonomy. The contact with death can trigger a series of reactions in a terminally ill person, besides being a moment permeated by intense suffering for him and his family cycle, which is inevitably also involved in the process. The present research fits the fieldwork model, with a descriptive and qualitative approach. The research strategy adopted is the case study, with the general objective of analyzing the Psychology performance facing the demand of patients in Palliative Care. From the research results, it was verified that Psychology, as an integrant part of the multiprofessional team in Palliative Care, has an actuation turned to the anguishes and necessities of the subject, where, by means of a humanized care, the acceptance of his current condition is promoted, as well as a safe space for him to express his fears when dealing with the finitude of life. Moreover, the psychologist's look also extends to the family and the health team, working on their possible difficulties at this moment. However, there are still many gaps that directly interfere in this practice, making the psychologist unable to accompany all patients who are experiencing finitude, which can directly interfere with their quality of life. In this way, it is expected that the present research contributes to the Palliative Care approach by explaining the psychologist's practice facing this approach.

**Key-words:** Death, Palliative Care, Psychology.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
1.1 TEMA .....	8
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA .....	8
1.3 OBJETIVOS .....	8
<b>1.3.1 Geral</b> .....	<b>8</b>
<b>1.3.2 Específicos</b> .....	<b>8</b>
1.4 JUSTIFICATIVA .....	9
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>10</b>
2.1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE MORTE .....	10
2.2 MORTE HUMANIZADA .....	12
2.3 PERSPECTIVA HISTÓRICA .....	15
<b>2.3.1 Conceituação de saúde e doença</b> .....	<b>16</b>
<b>2.3.2 Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos</b> .....	<b>19</b>
2.4 O PACIENTE TERMINAL .....	21
<b>2.4.1 A hospitalização do paciente</b> .....	<b>23</b>
2.5 PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS .....	23
2.6 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL .....	26
<b>2.6.1 Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil</b> .....	<b>28</b>
2.7 A PSICOLOGIA ATUANDO EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	30
<b>2.7.1 Intervenções psicológicas em Cuidados Paliativos</b> .....	<b>31</b>
<b>3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>35</b>
3.1 MODALIDADE DA PESQUISA .....	35
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS .....	36
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO .....	36

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA .....	36
3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	37
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	38
3.7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS .....	39
3.8 DESFECHO .....	39
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>40</b>
4.1 CONCEPÇÃO DE MORTE .....	40
4.2 A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	44
4.3 POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NA PRÁTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	48
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO A – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) .....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ .....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA .....</b>	<b>70</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Temos observado na contemporaneidade um expressivo aumento de demências, doenças crônicas, neurodegenerativas e demais patologias que promovem um declínio funcional e mental, ao mesmo tempo que presenciamos um crescimento na média de vida populacional. Com as evoluções tecnológicas realizadas pela ciência médica, muitas enfermidades, que eram consideradas fatais, assumiram o estado de cronicidade. Tais fatores culminaram em uma prevalência do número de pessoas portadoras de doenças terminais, ditas sem possibilidade de cura, que ocupam os leitos hospitalares e recebem, por vezes, uma assistência voltada ao modelo biomédico de saúde, com maior enfoque na doença fisiológica, a fim de tentar adiar a morte (MATSUMOTO, 2012).

A morte constitui um processo biologicamente normal no ciclo vital de todos os indivíduos, todavia, ela ainda é negada pela sociedade, que busca vencê-la de todas as maneiras possíveis (PORTO; LUSTOSA, 2010). Isso reverbera nas ações dos profissionais da saúde, que, conforme apontam Braz e Franco (2017), estão despreparados para lidar com demandas referentes ao processo de morte e ao luto dos familiares. Em decorrência de tal fato, os pacientes terminais, muitas vezes, não têm suas necessidades básicas atendidas, sendo fadados a sofrerem sozinhos os impactos que o contato com a morte pode suscitar. O homem moderno acaba sendo privado de uma morte digna por estar ligado a diversos tubos e aparelhos que só visam prolongar a vida, mas que podem trazer, em seu bojo, muito sofrimento.

Como meio de oferecer mais humanização para o atendimento de pacientes fora da perspectiva de cura, criou-se uma abordagem médica denominada Cuidados Paliativos, sendo definida pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) como ações integrais que visam melhorar a qualidade de vida de pacientes cuja doença se encontra em um estágio irreversível, prestando, também, apoio aos familiares. Além disso, preconiza o alívio do sofrimento por meio de uma avaliação impecável, bem como o tratamento da dor e de outros sintomas de natureza física, psicossocial e espiritual. Melo, Valero e Menezes (2013) acrescentam que, nesse contexto, torna-se importante desenvolver a aceitação da finitude, tratando a morte como o fim da existência e não como uma enfermidade a ser curada. É preciso que o paciente tenha seus sentimentos e desejos respeitados, tendo espaço para revelar seus anseios face a aproximação da morte, permitindo, inclusive, que a família também seja contemplada para que, juntos, todos os envolvidos participem ativamente do processo.

Levando em consideração tal viés, a psicologia assume um papel primordial na humanização dos atendimentos, proporcionando uma escuta ativa para que o paciente, o sistema

familiar e a equipe de saúde possam expressar seus sentimentos e encontrem subsídios para lidarem com a possibilidade da morte, sendo facilitadora da comunicação entre esses agentes. Segundo Kovács (1992), a área psicológica enquanto ciência, fenômeno e prática contempla todas as questões que envolvem o homem, seu modo de compreender o mundo, a vida e, até mesmo, a morte. As indagações que envolvem o morrer, em suas diversas esferas, devem ser alvo de constantes reflexões, comoções e interrogações por parte do profissional psicólogo, visto que sua atuação é centrada no ser humano e isso, indissolúvelmente, faz parte dele. Dessa forma, abordar a atuação da psicologia em Cuidados Paliativos torna-se relevante por promover questionamentos sobre as possíveis intervenções do profissional neste âmbito, o que pode contribuir positivamente para o bem-estar do paciente, da família e da equipe de saúde, mesmo em um momento tão delicado do ciclo vital.

### 1.1 TEMA

Lidando com a finitude da vida: a Psicologia atuando em cuidados paliativos.

### 1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a atuação da Psicologia frente à demanda de pacientes em Cuidados Paliativos?

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Geral

- Analisar a atuação da Psicologia frente à demanda de pacientes em Cuidados Paliativos.

#### 1.3.2 Específicos

- Identificar a visão do profissional da Psicologia sobre a temática da morte;
- Caracterizar a atuação da Psicologia perante a demanda de Cuidados Paliativos;
- Reconhecer as potencialidades e dificuldades práticas da abordagem de Cuidados Paliativos.

#### 1.4 JUSTIFICATIVA

Desde os primórdios o homem sempre buscou ter mais conhecimento sobre sua existência e a morte representa um dos maiores mistérios da vida humana. Sendo assim, muitas correntes filosóficas e religiosas vêm se debruçando sobre essa temática, a fim de trazer respostas sobre ela. Cada cultura possui uma interpretação singular sobre a finitude da vida, onde, na maioria delas, esse assunto ainda corresponde a um grande tabu. Falar sobre morte é trazer à tona a fragilidade do ser humano e sua incapacidade de lidar com o desconhecido, o que pode gerar muito medo e angústia.

No contexto hospitalar essa realidade também é observada, pois mesmo com o avanço das tecnologias e das práticas médicas, muitos pacientes ainda precisam lidar com o diagnóstico de uma doença terminal, o que pode suscitar uma série de reações que vão ao encontro da finitude da vida. Com a introdução dos Cuidados Paliativos, novas práticas foram implantadas, trazendo uma humanização para o morrer. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004), esse tipo de cuidado dirigido ao paciente não objetiva a cura da doença, mas sim, oferecer ações terapêuticas que proporcionem a diminuição dos efeitos negativos que a mesma pode trazer. Tais medidas devem ser realizadas por uma equipe multidisciplinar, onde o psicólogo é um agente ativo e tem muito a contribuir.

A supremacia do trabalho psicológico é o ser humano, este que, intrinsecamente a sua existência ama, sorri, sonha, mas também perpassa por situações de sofrimento e vulnerabilidade, especialmente perante um diagnóstico terminal. Ainda são escassos os estudos relacionados à atuação do psicólogo no estágio final do ciclo vital, no entanto, o número de pacientes que carecem deste tipo de atenção eleva-se a cada dia, explicitando a necessidade de serem desenvolvidas mais pesquisas abordando tal temática.

Diante deste cenário justifica-se a importância desse projeto para identificar a atuação da Psicologia frente aos pacientes que possuem doenças terminais e, assim, demonstrar a relevância dessa prática para ter-se uma escuta empática e aliviar o sofrimento dos indivíduos, trazendo humanidade mesmo nos últimos momentos de vida.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será explicitado o referencial teórico a respeito da evolução histórica do conceito de morte, os princípios que envolvem a morte humanizada, os Cuidados Paliativos e o paciente terminal, o panorama brasileiro a respeito desta abordagem, além da atuação da Psicologia frente tal demanda.

### 2.1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE MORTE

No decorrer da história da humanidade, múltiplos desdobramentos foram realizados com o intuito de desvendar o mistério por trás da morte, assunto que acaba gerando, simultaneamente, medo e curiosidade por parte do homem. Muitas correntes filosóficas e religiosas se debruçaram sobre essa temática, a fim de buscar explicações mais objetivas sobre essa condição inatingível para quem está vivo. Deste modo, a cultura assume um papel de destaque, pois influencia diretamente o modo que os indivíduos, nela inseridos, irão lidar com essa situação. Cada cultura desenvolveu suas interpretações e rituais particulares como forma de promover a reorganização social e a elaboração do luto, por parte da família, visando minimizar os impactos que o advento da morte acaba trazendo para a sociedade, tornando-a mais frágil (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

Através da perspectiva somática, a morte pode ser descrita como um estado no qual são cessadas, definitivamente, todas as funções vitais de um organismo vivo, ocasionando a degradação progressiva dos tecidos e células. Sob a ótica psicológica, a morte assume incontáveis representações, uma vez que está diretamente ligada a simbolizações individuais de cada ser humano (KOVÁCS, 1992).

Mesmo tendo conhecimento de que a morte faz parte do ciclo vital e é encarada, do ponto de vista biológico, como um processo natural, as sociedades contemporâneas reprimem esse assunto, constituindo-o como um tabu (PORTO; LUSTOSA, 2010). Kübler-ross (1996) aponta que, desde os tempos mais remotos, o homem sempre repudiou a morte, pois é extremamente difícil para as pessoas imaginarem um fim para suas próprias vidas, sendo que “é inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para nossa vida na terra e, se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora de nosso alcance” (KÜBLER-ROSS, 1996, p.14). Kovács (1992) indica que cada sujeito possui uma representação individual sobre a morte, permeada por valores familiares, sociais e culturais.

Essa visão irá influenciar o modo de ser e agir, posto que vida e morte se entrelaçam durante o desenvolvimento do homem

À medida que percorremos a história, é notório que a relação das culturas com a temática da morte sofreu alterações ao longo do tempo. Ariès (2017) postula que as transições realizadas pela humanidade sobre esse tema passaram por lentas modificações ou permaneceram estagnadas durante um longo período de tempo, influenciando, de certo modo, as perspectivas atuais. Tal autor e historiador contribuiu amplamente para o assunto, segmentando a morte em quatro atitudes distintas ao longo da trajetória da humanidade: a morte domada, a morte de si mesmo, a morte do outro e a morte interdita, conforme as características que serão descritas no Quadro 1.

**Quadro 1 – Atitudes da humanidade perante a morte ao longo do tempo**

<b>Atitudes</b>	<b>Características</b>
<b>Morte domada</b>	No período medieval, a morte era vista como um fenômeno natural e familiar, sendo esperada no leito com uma cerimônia pública e organizada, onde o quarto do moribundo se tornava um local de livre entrada para familiares, amigos, vizinhos e, inclusive, crianças. As pessoas morriam cedo por causa da peste e, por isso, ela era chamada de domada, visto que todos os indivíduos sabiam que estava chegando, tendo consciência do seu fim.
<b>Morte de si mesmo</b>	Durante a Idade Média o Cristianismo ganha força, pregando a ideia de uma vida após a morte. Com isso, passa-se a ter uma preocupação maior com as boas e más ações realizadas ao longo da vida, objetivando uma boa morte, que segundo a concepção da época, anulava todos os erros cometidos em vida. O homem passa, então, a ter mais conhecimento de si mesmo e de sua historicidade, tomando consciência de sua própria finitude.
<b>Morte do outro</b>	A partir do século XVIII, o enfoque do homem já não é mais sua própria morte, mas sim, a do outro. Esta, por sua vez, passa a ser vista como uma ruptura, algo que retira o sujeito de suas vivências cotidianas e o carrega para um mundo desconhecido, o que suscitou uma série de reflexões sobre esse fenômeno. A morte mais comumente é a do outro, ocasionando emoção, choro e saudade. O luto passa a ser experimentado de forma excessiva, explicitando a dificuldade do indivíduo em aceitar a morte e a separação do outro.
<b>Morte interdita</b>	Caracteriza uma repentina mudança da concepção de morte, que teve início na segunda metade do século XIX e permeia até os dias atuais. Tem-se um deslocamento do lugar da morte: o moribundo já não morre mais em sua casa, mas em hospitais, recebendo os devidos cuidados da equipe médica. A atitude diante do morrer também sofre drásticas alterações, pois, se antes ela era vista como algo familiar e domado, sua vivência passa a ser discreta e interdita. Ela constitui-se como um tabu, exigindo que as famílias a experimentem da forma mais silenciosa possível, afinal, abala a concepção social de que a vida deve ser sempre feliz. A emoção passa a ser vista como algo embaraçoso e o luto só pode ocorrer de forma solitária, quando não se tem ninguém por perto.

Fonte: elaborado a partir de Ariès (2017)

Kovács (1992, p.08) expõe que “o homem, que sempre mediu forças com a morte, viu-a como inimiga que arrebanha e, num poder de sedução maior, domina a vida”. Por conta disso, a morte no século XX e XXI tornou-se interdita, vista como um fracasso e algo a ser vencido de qualquer maneira.

Os avanços observados no campo da medicina trouxeram tecnologias cada vez mais aprimoradas, permitindo diagnósticos e tratamentos mais eficazes para as enfermidades. Devido a tal desenvolvimento, muitas doenças puderam ser eliminadas e outras, que eram fatais, passaram a ser crônicas, trazendo um prolongamento da vida, mas sem uma preocupação com a qualidade da mesma. Paradoxalmente, os meios de comunicação escancaram esse tema, transmitindo, diariamente, notícias sobre mortes, acidentes e doenças, agregando uma certa banalização para o morrer (KOVÁCS, 2005). Dessa forma, ao mesmo tempo que a morte constitui uma temática oculta e vergonhosa na sociedade atual, ela se faz presente de forma maciça no cotidiano das pessoas por meio das tecnologias, no entanto, conforme postula Kovács (2005, p.487), “embora essas mortes estejam tão próximas, ocorre grave distúrbio na comunicação que denominamos conspiração de silêncio”.

A morte foi transferida para as instituições hospitalares, sendo responsáveis pelo manejo tecnológico e pela cura do paciente através de diversos meios, por vezes invasivos, e é neste cenário que o morrer assume um aspecto solitário e camuflado, estando submetido aos procedimentos deste local (FLORIANI, 2009). O homem tenta dominar a morte e se defender, psicologicamente, do medo que sente dela, negando-a da sua realidade. Acredita-se em uma imortalidade, uma vez que a resposta dada pelos indivíduos sobre essa temática é a fuga de falar sobre, contudo, mais cedo ou mais tarde, teremos que encará-la. Aceitamos mais facilmente a morte do outro, tão disseminada nos meios de comunicação, dado que ela traz uma sensação de alívio por aquele acontecimento não ter ocorrido conosco (KÜBLER-ROSS, 1996).

## 2.2 MORTE HUMANIZADA

Conforme aponta Kovács (1998), cada época possui um paradigma referente à morte e o modo que essa é compreendida. No século XX observamos uma significativa mudança neste conceito, sendo que a morte mais desejada, na contemporaneidade, é aquela sem sofrimento, que ocorra, preferencialmente, quando o indivíduo está dormindo, para que a mesma não seja sentida. Abomina-se a morte demorada e que traz em seu bojo a dor e a angústia, pois a maioria das pessoas já presenciou alguém morrendo dessa maneira.

Evidencia-se no século XXI um exponencial aumento dos sistemas tecnológicos, que reverberam no conhecimento do processo saúde-doença, ampliando o entendimento sobre a causa das enfermidades e permitindo mais alternativas de cura para as patologias, que vinham impactando a sociedade durante anos. Neste cenário, os profissionais de saúde obtêm a responsabilidade de manter a vida a todo custo, trazendo a ilusão de que a morte pode ser

evitada e a cura como algo sempre alcançável. Tais avanços técnicos-científicos advindos da medicina, farmacologia, nutrição e demais áreas trouxeram um significativo aumento da expectativa de vida e do prolongamento desta, o que ocasionou, por outro lado, um número crescente de doenças degenerativas e indivíduos acometidos por elas, sendo submetidos a sofrimentos constantes e, em alguns casos, vivendo em estado vegetativo ou com grandes perdas cognitivas. Todos esses conhecimentos foram de extrema importância para dar mais anos de vida para a população, porém, nem sempre conseguiu-se trazer mais vida para esses anos (MACIEL; ALVES, 2017).

Kovács (1992) postula que, muitas vezes, o paciente não é visto como um ser humano, tornando-se mais um objeto passivo aos cuidados médicos e tendo sua qualidade de vida abdicada, bem como suas vontades e necessidades. A preocupação voltou-se para o desenvolvimento tecnológico e o olhar para o bem-estar do outro foi renunciado. É extremamente necessário que o paciente seja reconhecido como alguém cercado por uma historicidade e que, portanto, deve ter uma participação ativa no seu processo de tratamento, além de ter suas necessidades mais básicas validadas pela equipe de saúde.

Os desejos dos pacientes devem ser escutados de forma ativa pois, mesmo que ele esteja vivenciando o momento de finitude, a vida ainda se faz presente e enquanto existe vida, conseqüentemente, há necessidades. Sobre isso, Kovács (1998, p.4) explora que

Muitos dos desejos destes pacientes podem ser executados sem dificuldade. Alguns se referem a cuidados com o próprio corpo, presença de pessoas, ou alguma atividade ao alcance de quem está próximo. Outros podem ser problemas mais complexos, ou não realizáveis. Entretanto, é fundamental, para toda e qualquer pessoa, ser escutada nas suas necessidades mais profundas, o que é ainda mais importante para o paciente gravemente enfermo, que se vê despojado de tantas coisas.

As mais diversas enfermidades interferem, especialmente, na autonomia do paciente o que explicita a discussão sobre a necessidade de colocar o indivíduo como centro do processo e valorizar suas escolhas, para que ele tenha a sensação de pertencimento mesmo estando em um momento de vulnerabilidade (KOVÁCS, 2014). Para Carvalho e Oliveira (2008, p.587), “tamanho tem sido a importância da autonomia que este conceito passou a definir um padrão de obrigações morais dos médicos para com seus pacientes”, o que, de acordo com Kovács (2014), evidencia a necessidade de humanização nos atendimentos e nas práticas clínicas, visto que tal atitude envolve respeito e, sobretudo, compaixão para com o outro.

Deste modo, torna-se relevante refletir sobre as práticas da distanásia, eutanásia e ortotanásia, uma vez que elas podem se fazer presentes na realidade da prática médica, exigindo

um posicionamento do profissional para a condução do caso (GIBELLO; NETTO, 2017). O Quadro 2 traz uma explanação dessas condutas, juntamente com seus princípios.

**Quadro 2 – Práticas clínicas na condução dos casos**

<b>Condutas</b>	<b>Princípios</b>
<b>Ortotanásia</b>	É vista como a boa morte ou a morte correta, pois não visa prolongar a vida através de processos artificiais. A morte ocorre na sua forma natural, sem a inserção de outros meios que trariam mais sofrimento para o paciente.
<b>Distanásia</b>	Visa manter a vida do paciente a qualquer custo, mesmo que a doença não tenha mais perspectiva de cura, o que pode trazer mais sofrimento e agonia para a vida do enfermo.
<b>Eutanásia</b>	Ocasiona a morte do paciente, por escolha deste, através de uma intervenção especializada. A legalização de tal ato varia de acordo com os pressupostos de cada país, porém, no Brasil, ela é considerada crime.

Fonte: elaborado a partir de Gibello e Netto (2017)

Pacientes com enfermidades graves ou degenerativas podem manifestar o desejo de morrer, sendo ocasionado tanto pelo sofrimento intolerável, quanto pela perspectiva de que alcançou o fim da sua existência. Desta forma, cabe aos profissionais de saúde diferenciarem se o pedido se encaixa nos parâmetros da ortotanásia, distanásia ou eutanásia, afinal, esse desejo advindo do sujeito precisa ser validado e compreendido em sua essência, sendo tarefa da equipe realizar os preparos necessários para tal, conforme pontua Kovács (2014). A filosofia dos Cuidados Paliativos defende a prática da ortotanásia, não objetivando estender e nem reduzir o curso da morte, mas propiciar as condições necessárias para que esse momento seja vivenciado com o menor sofrimento possível (MACIEL; ALVES, 2017).

Esses aspectos fundamentam importantes reflexões sobre o direito que o paciente dispõe de ter uma morte digna, quando essa torna-se irreversível, mudando o foco da doença para o doente e deixando de lado a perspectiva curativa para contemplar a paliativa (GIBELLO; NETTO, 2017). Conforme apontam Maciel e Alves (2017), a morte digna é aquela onde há qualidade mesmo na vivência da própria morte, isto é, a dignidade humana é preservada, na qual o paciente tem sua autonomia e escolhas respeitadas pelos profissionais da saúde, especialmente sobre o local e a forma que deseja morrer, sendo acompanhado até seu último suspiro. Contudo, devem também ser contemplados todos os aspectos físicos, relacionados à dor e aos sintomas, além dos psicológicos, como o luto antecipatório, medos e ansiedades que o contato com a morte pode suscitar.

Levando em consideração tais fatores,

No contexto de (re)humanização das práticas de saúde, os CP ganham espaço de discussões e debates que irão proporcionar um novo olhar sobre os pacientes críticos e sobre a formação dos profissionais para lidarem com esse tipo de situação. Importante destacar que por mais que tenhamos a tecnologia científica atuando ao nosso favor, existe algo que não deve ser negligenciado, que são as relações humanas, as práticas de humanização, e a filosofia do cuidado, que coloca a qualidade de vida e a dignidade humana à frente da ciência (MACIEL; ALVES, 2017, p.217).

A morte com dignidade é fruto de muitas discussões, todavia, o cuidado perpassa por sentidos e concepções pessoais, respeitando a singularidade do paciente, bem como suas decisões neste momento. Busca-se uma morte devidamente digna, permitindo que o indivíduo fale sobre ela, escolha um local para o morrer, receba suporte emocional, possa se despedir dos familiares e tenha seus últimos desejos validados, evidenciando, dessa forma, uma partida com qualidade. Com isso, a vida humana é respeitada e a morte passa a ser conduzida com compaixão e empatia (KOVÁCS, 2014).

### 2.3 PERSPECTIVA HISTÓRICA

A postura de cuidar das pessoas doentes sempre fez parte da trajetória humana. Desde as civilizações mais antigas, muitas concepções surgiram com o intuito de compreender os fenômenos envolvidos no processo de saúde e de doença, abrangendo desde explicações sobrenaturais e de cunho místico ou religioso, na antiguidade, até a ideologia presente nos dias atuais de caráter biomédico, caminhando para um modelo psicossocial (MACIEL; ALVES, 2017).

Maciel e Alves (2017) postulam que com a disseminação do cristianismo e o caráter religioso de cuidado das doenças, algumas instituições, como mosteiros e conventos, passaram a abrigar pessoas doentes e incapacitadas, além de peregrinos e viajantes. Esses locais foram denominados de *hospices* e se dedicavam aos cuidados dos indivíduos que ali chegavam, geralmente adoentados, recebendo a devida assistência de freiras, monges e voluntários. A administração era realizada por religiosos, funcionando mais como um espaço de exclusão social do pobre que se encontrava debilitado, do que um lugar de tratamento que objetivava a cura do enfermo, como nos modelos atuais.

A partir do século XVIII o hospital assume um caráter terapêutico e de cura, tendo a figura médica como responsável pela viabilidade desta instituição, bem como pela medicalização. Ele passa a ser dirigido como uma organização, abandonando o panorama de

assistência e modificando sua forma técnica de funcionamento, encarregando-se, desta forma, da prestação de cuidados à saúde por meio da realização de serviços (VENDEMIATTI et al., 2010).

Tal instituição passa a ser referência nos aspectos envolvidos na vida, no sofrimento e também na morte, fazendo uso das mais diversas tecnologias, estratégias diagnósticas e de tratamento, além de métodos terapêuticos, que viabilizam a manutenção da vida do sujeito (PORTO; LUSTOSA, 2010). Devido a este cenário, o hospital passou, a partir do século XIX, a constituir um espaço de escolha tanto para o nascimento quanto para a morte, sendo o único lugar viável para o cuidado e assessoria das doenças. O homem, que antes morria em casa, cercado por seus familiares e amigos, passou a morrer nos leitos hospitalares, sozinho e, muitas vezes, envolto por aparelhos invasivos (MACIEL; ALVES, 2017). A medicina naquela época, especialmente por conta dos avanços científicos, fixou seus esforços na prolongação da vida do paciente, deixando de lado a qualidade desta. Deste modo, quando a doença ultrapassava todas as alternativas terapêuticas disponíveis, os médicos entregavam o doente ao seu destino, já que a cura não era mais uma possibilidade (MATSUMOTO; MANNA, 2008).

### **2.3.1 Conceituação de saúde e doença**

As enfermidades sempre fizeram parte da trajetória humana e com elas, muitas alternativas surgiram a fim de combater tais ameaças. O conceito de saúde sofreu diversas alterações ao longo dos anos, afinal, está intimamente ligado aos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma determinada população. Sendo assim, a concepção do termo saúde não possui o mesmo significado para todos os indivíduos, uma vez que advém de valores filosóficos, religiosos, científicos e regionais (SCLIAR, 2007).

De acordo com Straub (2014), às tentativas humanas para vencer as doenças datam de 20 mil anos atrás, quando acreditava-se que os xamãs eram os únicos que poderiam dominar os espíritos malignos. No período pré-histórico essa ideia também se fazia presente, associando as doenças a algum tipo de possessão ou feitiçaria advinda de uma força maior. Desta forma, uma prática muito comum era a trepanação, uma espécie de cirurgia que consistia em realizar uma perfuração no crânio humano, a fim de liberar os demônios que se faziam presentes no corpo daquele paciente e eram responsáveis por causar tais sintomas. Scliar (2007) elucida que essa perspectiva mágico-religiosa entende a doença como resultado de energias alheias ao ser humano.

Tal concepção perdurou até a chegada de Hipócrates, em 460-377 a.C, que se opôs às crenças místicas da época afirmando que a doença corresponde a uma manifestação natural do organismo humano e que sua origem é passível de conhecimento e estudo, assim como seu tratamento e prevenção. Partindo deste princípio, ele foi responsável por embasar a cura em fundamentos científicos, considerando o bem-estar como um completo equilíbrio entre quatro fluidos corporais, denominados de humores: sangue, bile negra, bile amarela e fleuma. Para manter a estabilidade era necessário seguir um estilo de vida saudável, com uma boa alimentação, prática de exercícios e um descanso proporcional. O desequilíbrio dos humores traz alterações para o corpo e a mente, afetando-os de maneira previsível, dependendo de qual humor estivesse exorbitante. Por conta de suas descobertas, Hipócrates ficou conhecido como o pai da medicina moderna (STRAUB, 2014).

Posteriormente, o médico Claudius Galeno ampliou a teoria dos humores, estabelecida por Hipócrates, e desenvolveu estratégias farmacológicas como forma de curar as doenças causadas pela instabilidade humoral. Com a chegada da Renascença, tem-se o dualismo cartesiano, fortemente disseminado por René Descartes, onde corpo e mente são entendidos como dois sistemas isolados e autônomos, não interagindo entre si. A teoria de Descartes trouxe importantes contribuições para o campo científico e racional, porém, em contrapartida, ocasionou um profundo preconceito médico em relação à influência das questões psicológicas no processo de adoecimento. Tendo como base tais pressupostos, nasce, no século XX, o modelo biomédico de saúde, no qual compreende a doença como efeito de um vírus, bactéria ou outro elemento patogênico, desconsiderando os fatores psicológicos, comportamentais e sociais. De acordo com este modelo, a saúde deve ser compreendida como a ausência de doença (STRAUB, 2014).

A partir da primeira metade do século XX, a psicossomática, juntamente com a teoria psicanalítica e comportamental, ganham força nas áreas médicas, ampliando estudos sobre o papel da psicologia no cenário da saúde (STRAUB, 2014). Balestrin e Barros (2009) denotam que os avanços tecnológicos e farmacológicos promoveram um olhar positivista por parte da figura médica, criando-se a ideia de que a ciência, isoladamente, seria capaz de solucionar todas as adversidades que se fazem presentes na vida humana, em especial aquelas relacionadas a saúde do homem. Com isso, a medicina assumiu um caráter biologicista, mecanicista e individualista, características tais que ainda podem ser observadas na atualidade. O ser humano, segundo Gomes et al. (2011), passou a ser visto de maneira fragmentada, com ênfase na doença e não no processo de saúde ou no sujeito adoecido. Backes et al. (2009) complementam que na contemporaneidade esse modelo ainda não foi superado, porém, os fatores sociais e

psicológicos ganharam notável destaque na manutenção das doenças, entendendo o homem a partir de um viés biopsicossocial.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1948) define o termo saúde como um estado de completo bem estar físico, social e mental, não correspondendo apenas a ausência de alguma enfermidade, sendo um direito de todas as pessoas, independentemente da raça, religião, crença política e da condição social e econômica. De acordo com Ribeiro (2000), essa descrição, ao mesmo tempo que representou uma evolução deste conceito, também foi alvo de fortes críticas, devido, especialmente, a ambiguidade do termo bem estar, que trazia em seu cerne a noção de que a saúde jamais poderia ser atingida em sua integridade.

Ribeiro (2000, p.13) enfatiza que “[...] saúde define-se pela positiva, no sentido em que afirma que se caracteriza pela presença de determinadas características ao invés de pela ausência de outras”, isto é, na atualidade a saúde está intimamente ligada a qualidade de vida, que engloba fatores subjetivos, familiares, sociais, relacionais, sanitários e afins. Para Backes et al. (2009), a herança cultural também influencia o processo de saúde, por evidenciar costumes e valores que fazem parte da realidade do sujeito. Sendo assim, faz-se necessário conhecer as vertentes econômicas, históricas, socioculturais e epidemiológicas presentes em uma determinada população a fim de obter maiores informações sobre o desenvolvimento do seu processo de saúde, doença e morte.

A partir da concepção de saúde foi possível elucidar a compreensão das enfermidades, sendo que tal definição também está interligada a identidade cultural dos residentes de uma determinada comunidade. Por isto, as doenças podem apresentar distintos significados, exigindo uma intervenção mais complexa (RIBEIRO, 2000). Silva (2006, p. 4) cita que “a doença ganha voz pelo sujeito que sente, pensa e constata”, indicando que a mesma é encarada de forma muito particular por cada indivíduo. Backes et al. (2009) realçam que as enfermidades estão atreladas ao contexto histórico e social, sendo possível notar alterações nos perfis patológicos no decorrer da história, devido, especialmente, a transformações sociais significativas. Por essa razão, o modelo biomédico tornou-se alvo de intensas discussões na sociedade atual, pois defende-se que a doença não possui apenas um caráter biológico/fisiológico, mas também é influenciada por fatores psicológicos e socioculturais.

Na atualidade entende-se que o processo saúde-doença deve superar o discurso de “ausência de doença” para contemplar a dinamicidade e a complexidade presentes nestes conceitos (SILVA, 2006). Conforme evoca Santos (2018), a saúde não pode existir desarticulada do conceito de ser humano e isso, conseqüentemente, nos remete à vida. No que se refere a esse entendimento, Silva (2006) complementa que deve-se conhecer a pessoa no

qual o atendimento será prestado, através de uma escuta e acolhimento empáticos que abarquem os ideais de saúde e de doença daquele indivíduo. Deve-se estabelecer laços entre quem cuida e quem é cuidado, sendo que, este último, precisa ser reconhecido como um ser que pensa, sente, se relaciona e vive em um ambiente com inúmeros fatores, isto é, sua individualidade e peculiaridade requerem destaque na prestação dos serviços.

### **2.3.2 Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos**

A concepção de Cuidados Paliativos se desenvolveu, em grande parte, com o advento do movimento *hospice*, que emergiu nas primícias da era cristã, funcionando como uma hospedaria destinada ao cuidado de peregrinos e viajantes que por ali passavam, tratando-os como hóspedes. Essas atividades expandiram-se por vários locais do mundo devido, especialmente, a sua vinculação com organizações religiosas, servindo como abrigo para os pobres, doentes e órfãos (MATSUMOTO, 2012).

Cicely Saunders é a responsável pelo movimento do *hospice moderno*, disseminando a filosofia do cuidar e não do curar, pensamento que, até então, se fazia fortemente presente na medicina (MELO; FIGUEIREDO, 2006). Tal movimento social foi introduzido, inicialmente, na Inglaterra, em 1967, com a fundação do St. Christopher's Hospice, instituição responsável por difundir os pressupostos do *hospice moderno* ao redor do mundo, prestando assistência por meio de um olhar holístico, que implica em atender o paciente de forma total, levando em consideração todos os elementos que o cercam e integrando esses elementos entre si, para constituir, dessa maneira, o conceito de cuidado total, que integra o cuidar nas esferas emocional, física, social e espiritual (FLORIANI, 2009). Neste local também foram implementados três fundamentos básicos: o cuidado de qualidade, estudos sobre a dor e os sintomas, bem como instruções para os profissionais de saúde, contemplando, dessa maneira, ensino, pesquisa e amparo (GIBELLO; NETTO, 2017).

Dessa forma, os *hospices* tornaram-se espaços destinados ao alívio do sofrimento dos pacientes terminais, tendo como um de seus princípios a morte digna e em paz. A preocupação é com a individualidade do homem, não com diagnósticos e tratamentos sofisticados, buscando cuidar das necessidades mais básicas como alimentação, higiene e lazer. A assistência pode ser realizada em hospitais gerais ou nos domicílios, tendo a família como participante ativa de todo o processo, independentemente do local que ele ocorre (KOVÁCS, 1992).

Consequente a ele, surgem novas concepções em relação aos cuidados destinados para os doentes que estão em estado de terminalidade, englobando estratégias diferenciadas para

controle da dor e outros sintomas, bem como o entendimento dos problemas enfrentados pela família e pelo próprio paciente (CAPELAS et al., 2014). Para Cicely Saunders, quando a cura já não é mais uma possibilidade, o cuidado ainda pode ser exercido, permitindo que o paciente tenha, tanto na doença quanto na morte, uma vivência digna e da melhor forma possível, pois, conforme apontam Gibello e Netto (2017, p.77) “sua compreensão sobre o paciente foi para além da doença física, englobando as dimensões sociais, emocionais e espirituais do sofrimento, o que ela definiu como “dor total” (GIBELLO; NETTO, 2017).

A conceituação de dor total corresponde a um elemento de grande importância para o movimento *hospice*, visto que entende a dor através de uma ótica multidimensional, onde, além da dor física, o indivíduo ainda pode sofrer por consequência de fatores emocionais, sociais e espirituais, suscitados pelo contato com a morte (ARANTES; MACIEL, 2008). Desta maneira, segundo aponta Floriani (2009), faz-se necessário ter um olhar mais abrangente do que só aliviar a dor física do paciente, mas buscar abordar as outras dimensões que constituem o ser e que, portanto, também podem ser fontes de sofrimento. Esta premissa está intimamente ligada ao pressuposto da “boa morte”, objetivando uma morte sem a presença de dor, o que pode trazer um controle maior sobre o corpo e o próprio processo de morrer. A partir dessas alegações, conforme pontuam Capelas et al. (2014), esse novo parâmetro de cuidado frente ao paciente no fim da vida passa a se desenvolver, alastrando-se por vários países do mundo e crescendo exponencialmente.

Atribui-se ao médico cirurgião canadense Balfour Mount, no início da década de 70, a fundação da terminologia Cuidado Paliativo, que, posteriormente, foi aplicada para designar os cuidados prestados durante a terminalidade da vida, pois, até então utilizava-se a denominação *cuidado hospice* (FLORIANI, 2009). A nomenclatura Cuidados Paliativos passou a ser empregada devido às dificuldades de tradução da palavra *hospice* em alguns idiomas (MACIEL, 2008). A expressão paliativo deriva do latim *pallium* que possui o significado de manta, utilizada como uma forma de proteção pelos peregrinos durante suas viagens. Desta maneira, por meio da analogia, os Cuidados Paliativos podem ser entendidos como um cobertor, um ato de proteção para o indivíduo que está diante de sua finitude (MACIEL et al., 2006).

Maciel e Alves (2017) discorrem que na contemporaneidade o *hospice moderno* e os Cuidados Paliativos funcionam como sinônimos, afinal possuem de forma simultânea “o propósito de ofertar um cuidado total centrado na pessoa doente e em seus familiares focalizando o alívio dos sofrimentos, o conforto, a qualidade de vida e a boa morte” (MACIEL; ALVES, 2017, p. 211).

## 2.4 O PACIENTE TERMINAL

Conforme menciona Kovács (1998) a denominação paciente terminal foi postulada devido às significativas transformações que as doenças tiveram no século XX, deixando de serem fatais e adquirindo o estado de cronificação. Esses avanços alcançados pelas mais diversas áreas da saúde refletiram diretamente no paciente, pois, mesmo que algumas doenças ainda não tenham cura, a maioria delas possuem um prognóstico mais lento, evidenciando a necessidade de cuidados regulares para os indivíduos acometidos pelas mesmas.

A nomenclatura doença terminal possui uma conceituação complexa, afinal o diagnóstico clínico de tal circunstância é, muitas vezes, mais dificultoso de se concluir, em particular tratando-se das doenças não-oncológicas, visto que seu desenvolvimento não segue um percurso contínuo. Essas doenças trazem diversos obstáculos para o diagnóstico, uma vez que os profissionais apresentam receio em definir um paciente como terminal devido a muitos fatores, que vão desde a expectativa de melhora do indivíduo, até adversidades para reconhecer sinais e sintomas (FLORIANI, 2009). Isso ocorre, principalmente, por não haver uma delimitação clara de separação entre o paciente terminal e aquele com perspectiva de cura pela falta de protocolos específicos para definir esse fator. Tal denominação pode não ser compatível com o quadro evolutivo do caso e é considerada como algo sem volta, isto é, uma vez que a equipe avalia o sujeito como terminal, esse diagnóstico torna-se definitivo e, caso o paciente apresente alguma melhora, os profissionais sentem que fracassaram em sua atuação. Como consequência, o diagnóstico de paciente terminal é dificilmente utilizado pela equipe de saúde (QUINTANA et al., 2006).

Em Cuidados Paliativos os pacientes são denominados de acordo com a proximidade do evento da morte, que considera as últimas semanas de vida e as últimas horas de vida. Denomina-se “paciente elegível para Cuidados Paliativos” aqueles cuja doença crônica, evolutiva e progressiva, possui um prognóstico de meses ou anos. Os pacientes entendidos como em “processo de morte” são aqueles onde a enfermidade está em contínuo progresso, com uma estimativa de vida em semanas ou meses. Uma terceira nomeação existente nesta abordagem diz respeito à “fase final da vida”, compreendido como o estágio em que o prognóstico pode ser estabelecido em dias ou horas (MACIEL, 2008).

De acordo com Angerami (2018), os pacientes portadores de doenças degenerativas e/ou terminais vivenciam sentimentos de rejeição e discriminação nas mais diversas esferas, tanto familiar quanto social, pois na sociedade atual a produção é supervalorizada e os indivíduos adoecidos são estigmatizados devido ao sentido aversivo que a doença possui. Mesmo que não

apresentem sinais de comprometimento funcional, essas pessoas experimentam o abandono do meio social e dificilmente conseguem voltar a realizar as atividades anteriores do surgimento do diagnóstico, evidenciando o quanto a saúde do homem só é valorizada quando seu funcionamento orgânico está em risco, o que traz ainda mais sofrimento para este ser que, indissolavelmente, faz parte do corpo social e vivencia os rótulos da sua patologia, oriundos dessa problemática social.

Maciel et al. (2006) destacam que todo ser humano possui direito à vida e de vivê-la com dignidade e plenitude, a datar do nascimento até a morte. Para que tal princípio seja efetivamente realizado, faz-se necessário reconhecer o paciente enquanto um ser portador de direitos, tais como: informação; autonomia; assistência integral; alívio do sofrimento; intimidade e privacidade; cuidados imediatos após a morte e assistência ao luto.

O paciente passa por diversas fases após seu diagnóstico, como o tratamento, a estabilização, a recidiva e a etapa final da doença, sendo que, ao receber o estigma de “paciente terminal”, o sujeito vê-se em uma conjuntura onde não há mais solução e a morte parece mais próxima, suscitando uma série de reações que podem ser prejudiciais neste período (KOVÁCS, 1998).

A partir do momento que o diagnóstico é confirmado, concomitantemente, paciente, família e equipe de saúde são impactados, o que demonstra a importância desses três componentes trabalharem em conjunto para que a situação seja manejada com a maior dignidade possível para os envolvidos. Durante cada estágio da doença, o indivíduo enfrenta distintas emoções, como o afastamento do sistema familiar e do trabalho, perda da sua autonomia, dor, medo, além de ter que vivenciar o luto pelo detrimento de si mesmo. Todos esses fatores podem trazer em seu bojo diferentes sofrimentos, podendo variar em intensidade devido a subjetividade de cada um, mas que, independentemente disso, precisam ser levados em consideração. Os pacientes necessitam de um espaço para falarem abertamente sobre seus medos e anseios neste contexto, se assim desejarem, pois um dos maiores temores da sociedade atual é a morte com intenso sofrimento, o que pode gerar uma reação de afastamento das pessoas que rodeiam esse indivíduo por se sentirem impotentes diante de tal situação. Esse comportamento pode vir, inclusive, da equipe de saúde, dado que os hospitais são mais equipados para intervir em um quadro onde a cura é possível, tendo mais dificuldade em olhar para as instâncias mais básicas do ser humano (KOVÁCS, 1998).

### **2.4.1 A hospitalização do paciente**

Quando hospitalizado, conforme salienta Angerami (2018), o paciente pode ser permeado por um sentimento de despersonalização, afinal, passa a ser reconhecido por um número de leito ou por ser portador de uma determinada patologia, tornando-se passivo em relação aos cuidados e procedimentos realizados. Isso exige, por parte dele, uma nova adaptação da sua realidade, reformulando seus valores enquanto homem, bem como suas relações interpessoais. Além disso, o sujeito precisa lidar com todos os preconceitos sociais advindos da sua patologia que o influenciam diretamente, incidindo em mais dor e aflição para o mesmo, que pode até negligenciar seu processo de cura interior e emocional. A relação da equipe com o paciente, neste contexto hospitalar, está pautada na crença “de curar a todo custo”, e, quando isso não é mais possível, tem-se a sensação de que não há mais nada a ser feito. Ao evidenciarem o fato de que a vida daquele indivíduo não pode ser salva, muitos profissionais acreditam que falharam em sua atuação, especialmente diante de uma possibilidade de morte, e a partir disso, passam a reagir defensivamente diante do discurso de medo e ansiedade do paciente em relação a sua finitude, dado que ele lembrará constantemente o profissional de sua impotência.

Faz-se necessário, nesse contexto, promover reflexões com todos os profissionais de saúde para que esse processo de despersonalização do paciente seja interrompido, fazendo com que, dessa forma, o hospital perca sua natureza meramente curativa e abarque não só o cuidado biológico, mas também a humanização e a recomposição da dignidade humana e, para além disso, a temática da morte precisa ser inserida no cerne referencial das instituições hospitalares. O indivíduo hospitalizado, em muitos casos, não necessita de uma intervenção medicamentosa para aliviar seu sofrimento, mas sim da capacidade humana mais básica de escuta, apoio e acolhimento, o que pode trazer para ele a sensação de que sua existência ainda possui significação (ANGERAMI, 2018).

## **2.5 PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Segundo a definição postulada pela Organização Mundial da Saúde em 2002 (WHO, 2014), os Cuidados Paliativos correspondem a uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias diante de doenças que ameaçam a continuidade do ciclo vital. Tem como propósito a prevenção e o alívio do sofrimento, além de uma avaliação impecável para controlar a dor e outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Com base neste conceito elucidado pela Organização Mundial da Saúde, os serviços de Cuidados Paliativos são indicados para pacientes portadores de enfermidades graves, progressivas e incuráveis, que representem algum prejuízo à continuidade da vida. Além deste público, alguns critérios de assistência indicam os CP (Cuidados Paliativos) para aqueles indivíduos que extinguiram todas as possibilidades de tratamento para prolongamento da vida e também para os que manifestam moderado ou intenso sofrimento, buscando mais conforto e dignidade de vida (ARANTES, 2012).

Conforme destacam Maciel et al. (2006) os Cuidados Paliativos podem ser executados nos contextos ambulatoriais, hospitalares e domiciliares, abrangendo uma gama de contextos, idades e patologias. O cuidado deve ser assegurado por meio de uma efetiva inter-relação entre esses campos de ação, respeitando as características regionais e discutindo previamente os fluxos de encaminhamento, quando necessário. Além disso, essa prática abarca todos os níveis de assistência em saúde, de modo que o paciente não se sinta abandonado em nenhum estágio de sua doença. De acordo com Maciel (2012), todo trabalho realizado, independentemente do local em que o paciente se encontra, deve partir do princípio de alívio dos sintomas, visto que o melhor caminho para atingir tal objetivo é a execução de uma adequada avaliação do doente. A avaliação deve explicitar quem é o paciente, suas preferências e sintomas atuais, bem como o estágio em que a doença se encontra, os fármacos indicados e estratégias de cuidado que acolham as necessidades do mesmo até a próxima visita ou consulta. Este movimento deve ser realizado em todos os encontros com o paciente, tendo em vista que a atuação pode ser executada por uma rede assistencial, no qual, dispondo de um plano de cuidados claro e atualizado, facilita-se o atendimento do doente por outras equipes e permite, inclusive, que o tratamento postulado seja seguido de forma contínua por todos os níveis de assistência.

A atuação em CP ultrapassa o trabalho voltado unicamente para a morte, constituindo uma ação que integra a qualidade de vida, o olhar humanizado e o cuidado. Esses pressupostos englobam o paciente, a família e a equipe multidisciplinar e não se restringem apenas a instituição hospitalar, mas desdobram-se para o atendimento realizado nos lares e nos contextos extra-hospitalares (MACIEL; ALVES, 2017). Essa perspectiva preconiza um enfoque para o doente, enquanto um ser portador de autonomia e direitos para tomar decisões no processo do seu tratamento, e não apenas para a doença a ser controlada (MACIEL, 2008). Levando em consideração tais pressupostos, Maciel (2012, p.31) enfatiza que na abordagem paliativa

Valoriza-se a história natural da doença, a história pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais diante do adoecer. Promove-se, em contrapartida, uma atenção dirigida para o controle de sintomas e promoção do bem-estar ao doente e seu entorno. Familiares precisam compreender a evolução da doença e da cadeia de acontecimentos que levará ao evento final.

As práticas para garantir uma adequada palição dos sintomas, de acordo com Maciel (2012), devem ser individualizadas e envolvem um apurado conhecimento técnico, com princípios que sustentem cientificamente o diagnóstico. Contudo, para além disso, faz-se necessário considerar o ser humano como autor de sua história de vida e principal agente de seu próprio processo de adoecer e morrer.

A abordagem paliativa pode ser empregada desde o diagnóstico e tratamento da doença, até a fase final da vida do paciente, no momento em que a morte assume uma realidade irreversível, sendo que, neste último estágio, os Cuidados Paliativos são indispensáveis para que a morte não ocorra permeada de sofrimento para o indivíduo e sua família. As intervenções realizadas em qualquer uma destas etapas exigem que a equipe profissional esteja adequadamente preparada para controlar a sintomatologia de natureza biológica e também para sustentar uma comunicação clara com o paciente e seu sistema familiar, a fim de mantê-los informados sobre a real situação da doença e o processo pelo qual estão passando, evitando que ambos se sintam ainda mais confusos nesse momento (MACIEL, 2008). Desta forma, Gibello e Netto (2017, p.78) enfatizam que as intervenções realizadas em CP:

Incluem medidas terapêuticas para o controle dos sintomas físicos, intervenções terapêuticas e apoio espiritual ao paciente, desde o diagnóstico até o óbito. Para os familiares, as ações se dividem entre apoio social e espiritual e intervenções psicoterapêuticas do diagnóstico ao período do luto. Um programa adequado inclui ainda medidas de sustentação espiritual e de psicoterapia para os profissionais da equipe, além de educação continuada.

As ações exercidas são baseadas em um conhecimento científico que perpassa as mais diversas áreas de intervenções clínicas e terapêuticas, todavia, o trabalho efetuado pela equipe de CP é orientado por princípios que se aplicam em todas as práticas desenvolvidas (MACIEL, 2008). Sendo assim, a seguir, são pontuados os princípios mais significativos em Cuidados Paliativos, conforme salienta a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1990; 2004):

- Assegurar a vida e considerar a morte como um processo natural;
- Não antecipar e nem adiar a morte;
- Proporcionar alívio da dor e de outros sintomas indesejáveis;
- Contemplar as questões psicológicas e espirituais no cuidado do paciente;

- Disponibilizar um sistema de apoio para que o paciente possa viver o mais ativamente possível, até a ocasião de sua morte;
- Disponibilizar um sistema de apoio para amparar a família no enfrentamento da doença e de seu próprio luto;
- Utilizar uma abordagem multiprofissional que englobe as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo apoio no luto;
- Favorecer a qualidade de vida e influenciar de forma positiva o curso da doença;
- Deve ser aplicado o mais precocemente possível, em concomitância com outros procedimentos que visam a manutenção da vida, como a quimioterapia ou radioterapia, além da realização de investigações mais aprofundadas com o intuito de melhor compreender e conduzir ocorrências clínicas angustiantes.

O paciente e seus familiares precisam ter conhecimento desses princípios para que as intervenções, a partir da abordagem paliativa, sejam prestadas e tragam os respectivos benefícios de cuidado e apoio neste momento final da vida, colocando-os como agentes ativos do processo (MACIEL et al., 2006).

Os procedimentos utilizados são alterados de acordo com a fase que se encontra a doença e a história natural da mesma. Os cuidados pertinentes a cada estágio das patologias são baseados em escalas de desempenho, que reúnem importantes critérios para avaliar o prognóstico em Cuidados Paliativos. O fato de um paciente estar em um quadro de incurabilidade não justifica a negligência ou desatenção por parte dos profissionais, visto que sempre há uma terapêutica para ser oferecida ao doente, a fim de lhe oferecer maior bem-estar até o final de sua vida. Neste momento, o que apenas deve ser modificado é o cerne do cuidado, que direciona-se às necessidades do paciente e de seu sistema familiar, em detrimento do esforço para buscar a cura (MACIEL, 2008).

## 2.6 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

De acordo com Matsumoto (2012) a prática dos Cuidados Paliativos no Brasil teve início na década de 1980, com um exponencial crescimento a partir do ano de 2000 devido a elaboração e consolidação de importantes serviços. Neste período, o país vivenciava o declínio de um regime ditatorial, com um sistema de saúde embasado em práticas meramente curativas. As ações da equipe multiprofissional eram realizadas de maneira fragmentada, ou seja, os profissionais trabalhavam com os pacientes isoladamente, possuindo como enfoque as questões biológicas.

Diante desta realidade, os pacientes eram os mais prejudicados, pois sofriam com dores intensas, recebendo medicações sem a devida atenção e, não raramente, morrendo sozinhos, sem obter nenhum tipo de informação a respeito de sua doença. Em decorrência da insatisfação com tal situação, diferentes abordagens de trabalho iniciaram pesquisas relacionadas à morte, ao morrer e ao paciente terminal, propiciando intensas reflexões dos profissionais acerca destas temáticas (RODRIGUES; ZAGO, 2009).

Com o intuito de disseminar os pressupostos dos Cuidados Paliativos em território brasileiro, profissionais de múltiplas áreas deslocaram-se para o exterior, a fim de entender a realidade desses países em relação aos cuidados dirigidos para os indivíduos em fase terminal. Assim que regressaram para o Brasil, esta nova filosofia passou a ser disseminada e adaptada ao contexto local (RODRIGUES; ZAGO, 2009). Seguindo referências mundiais de cuidados na terminalidade da vida, especialmente por conta da propagação dos *hospices*, o Brasil registra, em 1993, a primeira publicação oficial sobre a inserção de um serviço de CP na Revista Brasileira de Cancerologia, sendo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a primeira instituição nacional a incluir tal movimento (RODRIGUES, 2012).

Em 2002 foi publicada a Portaria GM/MS nº 19 (BRASIL, 2002) que instaura, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, enfatizando a necessidade de promover novas políticas assistenciais para pacientes portadores de enfermidades crônicas ou agudas, além de um olhar multidisciplinar que contemple todas as dimensões do sujeito. Tal portaria, segundo Silva et al. (2018), promoveu uma ampliação nas discussões relacionadas a essa temática, bem como a necessidade de uma capacitação por parte dos profissionais. Em seguida, o SUS implementa os CP em serviços na área da oncologia.

A partir desta conjuntura, os pressupostos dos Cuidados Paliativos alastraram-se pelo Brasil, despertando o interesse de uma gama cada vez maior de profissionais, bem como a criação de programas e diretrizes voltadas para a qualificação profissional neste ramo (SILVA et al., 2018). Destaca-se a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), respectivamente, em 1997 e 2005, ambas instituições sem fins lucrativos que viabilizam o ensino e a pesquisa em Cuidados Paliativos (FLORIANI, 2009).

### 2.6.1 Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil

Segundo Rodrigues e Zago (2009) alguns elementos dificultaram a propagação dos CP em território brasileiro, entre eles pode-se citar as desigualdades ao acesso dos sistemas de saúde; a formação cartesiana dos profissionais; a resistência perante o trabalho multidisciplinar e as distinções socioeconômicas do país.

Conforme evidenciam Santos, Ferreira e Guirro (2020), em 2019 o Brasil contava com 789 leitos de Cuidados Paliativos, tendo uma divisão desproporcional entre os estados, o que denota a carência de um mesmo nível de oferta para todos os brasileiros. Dispondo de uma população com 210,1 milhões de habitantes, o território brasileiro apresenta, em média, um serviço de CP para cada 1,1 milhões de habitantes, sendo que o número de serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é exorbitante, correspondendo a 50% dos atendimentos, em contraste com a rede privada que possui uma porcentagem de 36% e as instituições que mesclam essas duas categorias de assistência (14%). Estes dados trazem importantes indícios, revelando que cerca de 163 milhões de brasileiros dependem das ações SUS por não poderem arcar com as despesas de um tratamento.

Em relação a atuação dos profissionais da psicologia, 33% dos serviços relacionados aos CP no Brasil não contém psicólogos que atuam exclusivamente com essa demanda, 53% das equipes contém um profissional do ramo e apenas 14% dispõem de dois ou mais psicólogos. Sendo assim, é possível notar as discrepâncias entre as equipes multidisciplinares, o que, inevitavelmente, reverbera na realização de ações primordiais (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020).

Maciel et al. (2006) evidenciam que o ensino dos Cuidados Paliativos no Brasil encontra-se defasado, tendo em vista o fato de que um número escasso de universidades oferecem conhecimento neste campo de atuação. Em relação a programas de especialização, este panorama torna-se mais alarmante, existindo apenas um curso formal de pós-graduação em todo território brasileiro, associado ao Instituto Nacional do Câncer (INCA). Para Floriani (2009), o Brasil, especialmente por sua extensão geográfica, teria que apresentar uma grade curricular mais extensa em relação a medicina paliativa para suprir a crescente demanda destes serviços.

O modelo de saúde brasileiro é regido por um programa coletivo, o Sistema Único de Saúde (SUS), que ampara cerca de 2/3 de uma população composta por 180 milhões de habitantes, dispondo de uma assistência tanto de cunho público, quanto privado. Com uma característica descentralizada de ações, o SUS abrange todos os níveis de assistência, que vão

desde a Atenção Básica até as redes hospitalares e centros especializados. O Ministério da Saúde tem promovido diversos programas que retratam os Cuidados Paliativos como uma estratégia fundamental para a política de saúde (FLORIANI, 2009). Entre essas ações, destaca-se a Política Nacional de Humanização, que preconiza a valorização dos atores inseridos nos serviços de produção de saúde, fomentando discussões em torno do respeito e da autonomia desses sujeitos. Tais questões reverberam, inclusive, sobre os cuidados prestados na finalidade da vida (REGO; PALÁCIOS, 2006).

A ênfase dada para a humanização no contexto do SUS tem promovido intensas articulações a respeito dos trabalhos prestados e da relação estabelecida com os usuários, todavia, mesmo que tais questões representam um grande desafio de aperfeiçoamento do atual sistema de saúde, elas contribuíram para disseminar os Cuidados Paliativos em território brasileiro, especialmente por conta do abandono vivenciado por uma parcela dos pacientes terminais que dependem desse sistema comunitário. Sendo assim, pode-se estabelecer uma conexão entre a Política de Humanização e os Cuidados Paliativos, visto que ambos propagam a compaixão, o não abandono e a proteção (FLORIANI, 2009).

Diante de tal realidade, Maciel et al. (2006) evidenciam que a maneira mais eficaz para garantir um serviço efetivo de CP no Brasil seria a execução de uma Política Nacional para essa área, onde, através da coordenação do Ministério da Saúde, a proteção integral seria garantida, além de uma assistência de qualidade que alcance o maior número possível de pacientes e familiares. Sobre isso, Floriani (2009, p.100) complementa que

[...] a implantação de uma rede de cuidados paliativos consistente e organizada constitui-se numa tarefa desafiadora aos gestores, tanto públicos quanto privados, e – a despeito destas iniciativas governamentais – a implementação dos cuidados paliativos no sistema de saúde brasileiro é lenta e desarticulada entre os distintos níveis de assistência.

Alguns obstáculos, de natureza operacional, ética e cultural, dificultam a implementação de um modelo de Cuidados Paliativos que esteja integrado às necessidades culturais e as particularidades do Brasil, porém, tais pressupostos devem ser superados e revisados para que a assistência diante de doenças avançadas ou terminais seja efetuada de forma crítica e, de fato, eficiente (FLORIANI, 2009). Desde o dia 13 de junho de 2008 as portarias que promovem diretrizes para a regulamentação dos Cuidados Paliativos no âmbito do SUS esperam por uma assinatura (MACIEL, 2012).

## 2.7 A PSICOLOGIA ATUANDO EM CUIDADOS PALIATIVOS

A realização das práticas exercidas em Cuidados Paliativos demandam a integração de uma equipe multiprofissional, uma vez que o indivíduo precisa ser assistido de maneira integral, considerando seus aspectos sociais, físicos, mentais e espirituais. Essa compreensão demanda uma atuação ampla e múltipla, pois, mesmo que os profissionais tenham saberes distintos, todos irão contribuir de maneira conjunta para o caso (HERMES; LAMARCA, 2013). Taquemori e Sera (2008, p. 55) ressaltam que

Os profissionais que compõem a equipe são os que controlam os sintomas do corpo (médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), da mente (psicólogo, psicoterapeuta, psicanalista, psiquiatra), do espírito (padre, pastor, rabino, guru, sacerdotes das diferentes crenças religiosas professadas pelos pacientes), do social (assistente social, voluntário).

Neste estágio, como a morte se torna iminente, o objetivo não está mais centrado em curar o paciente, pois a doença já está em uma fase irreversível, mas procura-se o alívio dos sintomas, o que exige uma cooperação entre as mais diversas áreas, no sentido de trocar conhecimentos. Além disso, a família também recebe atenção da equipe multiprofissional, abarcando seu sofrimento por estar, intrinsecamente, ligada ao processo de adoecimento do paciente e estendendo tal olhar após a morte do familiar, trabalhando o luto (TAQUEMORI; SERA, 2008).

Levando em consideração tais pressupostos, Franco (2008) postula que a psicologia é parte integrante da equipe multiprofissional e suas contribuições perpassam por múltiplas atividades, com uma visão abrangente sobre a esfera da mente e as expressões da mesma no corpo. O psicólogo não detém apenas o paciente como foco de atenção, mas também a família, que é parte fundamental do processo, e a equipe multiprofissional, sendo que a mesma também necessita de cuidados por conta do desgaste que essa demanda pode trazer.

A família deve ser entendida como a principal fonte de identidade do sujeito, dispendo de um funcionamento cultural próprio, muitas vezes alheio ao da equipe multiprofissional. Uma participação ativa dos membros familiares na assistência ao paciente garante mais qualidade de vida, especialmente a este último. Desta forma, é papel da psicologia buscar meios para fortalecer o sistema familiar face a proximidade com a finitude, e promover uma boa comunicação entre estes e os profissionais da saúde (FRANCO, 2008).

Rezende, Gomes e Machado (2014) complementam que, no âmbito dos CP, a psicologia deve propiciar ao paciente a compreensão de seu quadro atual, além de ser o suporte para que

o mesmo expresse suas angústias. Assim, garante-se que o sujeito tenha suas dores mais genuínas validadas, sendo respeitado durante todo o processo de aceitação da sua finitude.

Portanto, o cerne da atuação psicológica deve estar voltado para a integração do paciente, onde, por meio de uma escuta qualificada, o profissional encontrará subsídios para planejar sua intervenção ao lado dos que sofrem. Para que isso ocorra efetivamente, o psicólogo deve dispor de técnicas específicas e voltadas para a qualidade de vida, o alívio do sofrimento e para a promoção da saúde. Todos esses fatores devem ser respaldados pelo trabalho em equipe, pela psicologia da saúde, pelo princípio da clínica ampliada, bem como a ética do cuidado (MACIEL; ALVES, 2017).

Cabe ao profissional da psicologia, então, funcionar como um elo entre a conjuntura paciente-família e os profissionais presentes nesse contexto, oportunizando uma comunicação eficiente entre essa tríade, além de uma troca viável de informações, o que foi denominado por Franco (2008, p.74) de “tradução entre duas culturas”. Todo esse movimento visa promover uma visão mais ampla do grupo familiar sobre os cuidados propostos, fortalecendo esse sistema, e também diminuindo o estresse da equipe ao prepará-la para lidar com essas temáticas. Tais fatores precisam de atenção por serem facilitadores de uma comunicação aberta e honesta entre os atores dessa tríade, que estão, inevitavelmente, envolvidos nos Cuidados Paliativos (FRANCO, 2008).

### **2.7.1 Intervenções psicológicas em Cuidados Paliativos**

Maciel e Alves (2017) especificam que o trabalho da psicologia nos CP possui uma gama de possibilidades de atuação, pautando-se em um viés holístico de saúde e de cuidados. As intervenções psicológicas podem ser realizadas em três estágios: pré, peri e pós-morte. A prática já pode ser estabelecida no início do diagnóstico, trazendo informações para o paciente e sua família acerca da doença, tratamentos viáveis e medicação, propiciando, além disso, um espaço para que eles possam dividir suas preocupações e exteriorizar seus sentimentos diante dessa nova situação. Durante o tratamento, a ação do psicólogo se faz igualmente necessária, mantendo-os informados sobre todo o processo e ajudando-os a elaborar o adoecimento, que possui em seu bojo a interface da morte. Quando a morte se aproxima, cabe ao profissional orientar o paciente, seus familiares e a equipe de saúde, afinal, essa realidade pode suscitar muito temor para ambos. O sistema familiar deve ser aconselhado a permanecer junto do paciente, mesmo que ele esteja em coma, para que possam se despedir da maneira correta. Após a morte do paciente, a intervenção volta-se para a equipe e para a família, auxiliando,

especialmente essa última, a vivenciar o luto da maneira correta e a buscar o equilíbrio na sua estrutura, já que isso é modificado com a perda de um ente querido.

Nunes (2012) destaca a importância de iniciar o trabalho psicológico o mais precocemente possível, independente do contexto que esse paciente está inserido (ambulatório, enfermaria, visita domiciliar), posto que os Cuidados Paliativos não se restringem apenas ao apoio prestado durante a fase final do ciclo vital, mas também permitem que alguns indivíduos, bem como suas famílias, sejam acompanhados durante muitos anos pela equipe de saúde.

No âmbito hospitalar, o terapeuta assume um papel primordial, principalmente na assistência de casos que estão em nível de alta complexidade, como ideação suicida, desejo de realização da eutanásia, conduta violenta, desequilíbrio psicológico e divergências familiares. Sua atuação faz-se extremamente necessária em todos os estágios dos Cuidados Paliativos, todavia, diante da proximidade com a morte ela se torna primordial, circunstância na qual o sujeito necessita ser visto como alguém composto de subjetividade e de uma história singular, não só como o portador de uma patologia (MACIEL; ALVES, 2017). É por intermédio do apoio psicológico que os pacientes de Cuidados Paliativos poderão ter sua dor acolhida e uma escuta ativa, para que tragam à tona seus medos em relação a doença e/ou a morte, angústias, dúvidas e esperanças, ressignificando o contato com o morrer ou produzindo novas significações para sua vida, uma vez que, “mesmo que esta doença seja incapacitante, crônica e limitante, sempre haverá possibilidade de resgate, de adaptação e de manutenção da dignidade e da qualidade de vida” (MACIEL; ALVES, 2017, p.223).

Conforme pontuam Poles et al. (2017) o contato com o desconhecido pode perpetuar uma série de reações no indivíduo, considerando o fato de que as enfermidades trazem à tona as fragilidades do ser humano. O diagnóstico de uma doença sem possibilidade de cura favorece o aparecimento de sintomas psíquicos como ansiedade, medo, depressão, resistência e angústia, que reverberam na adesão ao tratamento, nas relações sociais, nos sintomas físicos e na compreensão da vida e da própria morte.

Dentre o leque de intervenções possíveis ao psicólogo no ramo dos Cuidados Paliativos, destaca-se a psicoterapia de apoio, cujo objetivo principal é promover o acolhimento, a escuta empática e a orientação, atitudes indispensáveis para resgatar o bem-estar psicoemocional do sujeito. Este tipo de terapia é indicado para aqueles sujeitos que, devido a alguma impossibilidade física ou pessoal, não conseguem acompanhar um processo psicoterapêutico tradicional (MACIEL; ALVES, 2017). A respeito da atuação com pacientes no final do ciclo vital, Kübler-Ross (1996) salienta que a maioria deles necessitam de uma terapia de curta duração, com sessões mais breves. Cada encontro deve ser planejado individualmente, levando

em consideração o estado físico do paciente, suas capacidades naquele momento, além de sua condição de verbalização. Mesmo que o indivíduo expresse descontentamento em conversar, as visitas devem ser mantidas pelo profissional, ainda que sua duração seja reduzida, apenas para certificá-lo de que não está sozinho neste momento. Quando a situação do paciente se intensifica e suas dores são atenuadas, o acompanhamento deve ser realizado com maior assiduidade, “assumindo mais a forma de uma companhia silenciosa do que de uma comunicação verbal” (KÜBLER-ROSS, 1996, p.284).

Concomitante a essas intervenções, Comas, Schröder e Villaba (2003), indicam que compete ao psicólogo realizar uma avaliação e, se necessário, um diagnóstico do paciente; analisar o contexto familiar do mesmo; manter contato com a equipe para informá-los sobre a situação do sujeito, bem como as medidas a serem tomadas; atualizá-lo sobre seu real estado de saúde e promover a aceitação por parte dele; proporcionar a ligação sociofamiliar. Para Kübler-Ross (1996), deve-se investigar a compreensão que o sujeito possui de seu quadro, além de favorecer sua verbalização em relação aos problemas que está vivenciando, seus desejos e preocupações. Esses dados valiosos podem ser revelados por meio dos mais simples instrumentos, como uma entrevista inicial ou o singelo ato de sentar e ouvir. Em meio a monotonia presente nesta fase, em que o paciente é permeado por sentimentos de inutilidade e incapacidade, estando constantemente à espera de uma visita médica, do resultado de um exame ou do horário da sua medicação, aparece alguém que puxa uma cadeira e o conforta, que escuta suas frustrações mas também ressalta suas forças e vontades. Alguém que fala de forma clara e acessível, que quebra a solidão, o vazio, a espera angustiante.

O trabalho junto ao paciente terminal exige que o psicólogo, por vezes habituado a enfatizar os aspectos verbais, desdobre-se sobre a dimensão corporal e não-verbal do sujeito, especialmente diante de algum definhamento que o impeça de falar livremente. Em alguns casos, o sujeito busca se comunicar por intermédio de um afagar de mãos ou por um olhar, que por ser a forma mais genuína do expressionismo humano, traz em seu âmago os verdadeiros sentimentos vivenciados neste momento de sensibilidade. A atuação com o paciente em situação terminal é acompanhada pelo espectro da morte, contudo, isso não significa que o profissional da psicologia tenha que ser insensível a esse assunto (ANGERAMI, 2018). Sendo assim, Maciel e Alves (2017) acrescentam que o psicólogo atuante em CP deve se familiarizar com as especificidades do campo da saúde, tais como cirurgias, prontuários, transfusões sanguíneas, fragilidades emocionais e diversos outros aspectos, uma vez que este é o seu papel para com o paciente:

[...] fazer com que alguém que, num momento de perda e dores intensas, quando imagina que já não encontrará razões para existir, encontre essas razões e as encontre dentro de si mesmo, expressando as dores do seu corpo e de sua alma, reatando laços e desfazendo nós. Sentindo que, para além de um corpo doente e que já não responde aos tratamentos, há um ser que ainda existe em sua subjetividade e continuará existindo no coração daqueles que o amam (MACIEL; ALVES, 2017, p.223-224).

Ao dispor de tais estratégias, conforme enfatizam Maciel e Alves (2017), o psicólogo deve ter cuidado para não ser caracterizado como mais um elemento invasivo na vida do sujeito, afinal, ele deve ser um agente facilitador de todo o processo, indo ao encontro do resgate da subjetividade do paciente. Ademais, o profissional precisa ir além de uma visão dicotômica de ser humano, que o divide em físico e mental, buscando entender o papel que o sintoma exerce naquela vida e o que está por trás dessa sintomatologia, com um olhar, efetivamente, biopsicossocial.

Kübler-Ross (1996) poetisa que ficar ao lado de um paciente cuja o espectro da morte se faz presente é um ato de coragem, mas, para além disso, representa o amor. A referida autora ainda cita que

Ser terapeuta de um paciente que agoniza é nos conscientizar da singularidade de cada indivíduo neste oceano imenso da humanidade. É uma tomada de consciência de nossa finitude, de nosso limitado período de vida. Poucos dentre nós vivem além dos setenta anos; ainda assim, nesse curto espaço de tempo, muitos dentre nós criam e vivem uma biografia única, e nós mesmos tecemos a trama da história humana (KÜBLER-ROSS, 1996, p.287).

Mesmo com as inúmeras dificuldades de inserção do psicólogo no âmbito hospitalar, tanto de caráter teórico quanto prático, Ismael (2010) destaca a importância de o profissional da psicologia manter-se em constante atualização para promover a disseminação da área por meio de fundamentos científicos e que de fato funcionem. De acordo com Maciel e Alves (2017), ao atuar dentro da equipe de Cuidados Paliativos, o psicólogo também enfrentará uma série de dificuldades relacionadas à deficiência acadêmica neste setor e a falta de conhecimento dos outros profissionais sobre as contribuições e atribuições da área psicológica. Posto isso, ressalta-se a necessidade do profissional da psicologia buscar capacitação para lidar com esse assunto e embasar teoricamente sua atuação no cenário de saúde-doença e, mais especificamente, nos Cuidados Paliativos.

### 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A seguir, serão descritos os percursos metodológicos realizados para a execução da presente pesquisa. Serão apresentados, nos tópicos decorrentes, os conteúdos relacionados a modalidade de pesquisa, local de realização do estudo, população e amostra para o estudo, procedimento para coleta e, consecutivamente, a análise e interpretação dos dados obtidos. Além deste, também serão explicitados os procedimentos éticos necessários para a realização da pesquisa, bem como as informações sobre a divulgação dos resultados e o desfecho da mesma.

#### 3.1 MODALIDADE DA PESQUISA

A presente pesquisa enquadra-se no modelo de trabalho de campo, onde o pesquisador obtém um contato direto com o grupo estudado, sendo que, por intermédio da observação e de outras ferramentas, como a entrevista, este consegue atingir respostas mais fidedignas e dados mais precisos sobre os fenômenos, justamente por estar imerso no grupo de estudo (GIL, 2002). A técnica utilizada para a obtenção de dados consistiu na entrevista semiestruturada, uma vez que, por meio dela, o entrevistador pode ter um roteiro previamente estabelecido, mas possui liberdade para explorar outros tópicos que considerar relevante, de acordo com as respostas que obteve do entrevistado (LAVILLE; DIONNE, 1999).

A estratégia de pesquisa adotada é o estudo de caso que, conforme explicita Almeida (2014), permite compreender com maior profundidade a realidade tangível de um grupo, instituição ou indivíduo. Yin (2001) complementa que o estudo de caso corresponde a uma investigação empírica que “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p.32).

Trata-se de uma pesquisa correspondente a modalidade descritiva. Prodanov e Freitas (2013) ressaltam que esse tipo de pesquisa objetiva descrever as características presentes em determinada população ou fenômeno, permitindo, também, estabelecer relações entre variáveis. Os dados são ordenados sem que haja alguma interferência do pesquisador e para a realização da coleta de informações “utiliza-se de técnicas específicas, dentre as quais se destacam a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e a observação” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p.52).

Este trabalho possui uma abordagem qualitativa, na qual, de acordo com Prodanov e Freitas (2013, p.70), “tem o ambiente como fonte direta dos dados. O pesquisador mantém contato direto com o ambiente e o objeto de estudo em questão, necessitando de um trabalho mais intensivo de campo”. Neste tipo de enfoque, os dados são estudados no ambiente em que eles ocorrem, retratando o maior número possível de componentes presentes na esfera estudada.

### 3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados através da entrevista semiestruturada foi realizada de forma remota, em um horário acordado previamente entre a pesquisadora e cada uma das participantes, individualmente, além de ter sido solicitado um espaço aconchegante, tranquilo e sem a interferência de ruídos.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Por se tratar de um estudo de caso, a população escolhida como alvo desta pesquisa refere-se a um universo múltiplo de duas amostras: duas psicólogas inseridas em uma das instituições hospitalares do Alto Vale do Itajaí. Ambas atuam no local há aproximadamente dois anos e acompanham pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos, dentre outras demandas presentes no hospital.

### 3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA

O procedimento de coleta de dados, bem como o contato com os sujeitos pesquisados, foram iniciados a partir da aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A). A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada.

Os dados foram coletados levando em consideração alguns critérios. Primeiramente, o profissional deveria estar inserido em uma instituição hospitalar no Alto Vale do Itajaí, atuando de forma direta com a demanda de Cuidados Paliativos. Não houve critério de seleção relativo ao sexo, por isso tanto homens quanto mulheres poderiam participar da pesquisa.

A pesquisadora entrou em contato com três instituições hospitalares do Alto Vale do Itajaí por meio dos seus respectivos telefones fixos, solicitando uma conversa diretamente com os profissionais da psicologia. Em dois desses locais, as psicólogas não estavam presentes no momento da ligação, por isso não foi possível estabelecer uma conversa naquele momento. A pesquisadora deixou seu telefone para que os profissionais entrassem em contato assim que

possível, contudo, nenhum retorno foi realizado por parte desses. Na terceira e última instituição, as psicólogas atenderam a ligação e ambas mostraram-se bastante dispostas a participarem, por isso, foram informadas, de forma remota, a respeito dos objetivos e da metodologia da pesquisa e convidadas oficialmente a participarem da mesma.

Tendo em vista o fato de que a presente pesquisa enquadra-se na metodologia de estudo de caso, as duas profissionais foram escolhidas para participarem efetivamente, utilizando como critério de inclusão o fato de trabalharem na mesma instituição e o desejo de contribuírem com a pesquisa. Foram excluídos os profissionais que não retornaram a tentativa de contato da pesquisadora.

Após a seleção, cada participante foi contactada de modo individual, agendando o dia e o horário para a pesquisa. Importante ressaltar que as duas psicólogas foram entrevistadas separadamente, por meio do programa Google Meet. Optou-se por realizar uma entrevista remota levando em consideração a disponibilidade restrita de horários das participantes, o que não as permitia comparecer até a instituição de ensino.

No dia agendado para as respectivas coletas de dados, realizou-se a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO B) e do Termo de Autorização para Gravação de Voz (ANEXO C) às participantes. Após a leitura e discussão dos referidos documentos, ambas aceitaram, de forma livre e espontânea, participarem do estudo, assinando uma via do TCLE e do Termo de Autorização para Gravação de Voz, sendo que uma cópia ficaria com a entrevistadora e a outra com a profissional. Levando em consideração o fato de que a pesquisa ocorreu de forma remota, os referidos documentos foram assinados, digitalizados e enviados para o e-mail da pesquisadora.

Ao finalizar a pesquisa, a entrevistadora agradeceu a participação das profissionais e lhes informou sobre a forma de divulgação dos resultados.

### 3.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas de forma literal no programa Microsoft Word, sendo agrupadas de acordo com as variáveis do estudo. A partir dessas informações, oriundas da entrevista, realizou-se a análise dos dados e, posteriormente, sua interpretação e embasamento teórico.

### 3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O processo de coleta de dados, bem como o contato com o sujeito participante da pesquisa, teve início mediante a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário para o desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI (ANEXO A). Importante salientar que toda a pesquisa foi respaldada nos princípios éticos designados pelo Conselho Nacional de Saúde (2016), relacionados a testes e pesquisas efetuados com seres humanos e os direitos concernentes aos envolvidos.

Como primeiro passo, o TCLE foi apresentado para cada uma das participantes (ANEXO B), explicitando os objetivos, métodos, benefícios e possíveis desconfortos que poderiam surgir no decorrer do estudo. Munidas de tais informações, as participantes concordaram em prosseguir com a pesquisa, assinando, juntamente com a entrevistadora, o TCLE, sendo que cada parte recebeu uma via deste documento. Antes de iniciar a entrevista, as participantes foram informadas que sua contribuição neste estudo é voluntária, o que lhes daria o direito de interromper a pesquisa a qualquer momento.

Conforme descrito no item de modalidade da pesquisa, a técnica utilizada para a obtenção de dados consiste na entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), que foi gravada mediante a autorização das participantes através do Termo de Autorização para Gravação de Voz (ANEXO C).

Assim como qualquer outra pesquisa realizada com seres humanos, esta dispôs de alguns riscos mínimos ao participante, como desconforto em responder determinadas questões, exposição de informações desagradáveis e/ou sensação de invasão de sua privacidade. Todos os fatores supracitados foram levados em consideração no momento da coleta de dados, sendo escolhido um ambiente agradável, confortável e que garantiu a privacidade dos sujeitos participantes. Caso algum dos fatores de risco ocorresse, o sujeito da pesquisa foi informado de que seria acolhido e atendido no NEAP (Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia), localizado na rua Júlio Roussenq Filho, nº 255, bairro Jardim América, Rio do Sul – SC, sem custo algum.

A presente pesquisa prezou pelo anonimato das participantes e, por isso, elas foram identificadas como P1 e P2 (P = psicóloga). Em relação à necessidade de gravação de voz, isso só aconteceu mediante a assinatura do termo de autorização pelo participante. Além disso, a gravação apenas foi utilizada para possível transcrição da entrevista pelo pesquisador e não para divulgação, conforme consta no Anexo C – Termo de Autorização para Gravação de Voz.

Em relação aos benefícios deste estudo, pode-se citar a possibilidade que a entrevista oferece de ser um espaço seguro para que o profissional sinta-se à vontade para trazer dados fidedignos em relação a sua atuação em Cuidados Paliativos, para que ele compartilhe histórias marcantes, além de ser um momento de reflexão, buscando entender os pressupostos que circundam sua prática e o que pode ser melhorado.

No fim do processo, as participantes foram informadas que, caso desejarem, poderão ter acesso aos resultados do estudo, indicando de que maneira conseguirão obter tais informações.

### 3.7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da presente pesquisa estão disponíveis no modelo impresso nas dependências do Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP), pertencente ao Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI, campus de Rio do Sul, estando à disposição do participante. O processo de divulgação dos resultados prezarão pelo sigilo do participante envolvido.

### 3.8 DESFECHO

Por meio desta pesquisa pretendeu-se contribuir para a área dos Cuidados Paliativos ao trazer dados que explicitem os pressupostos práticos da psicologia frente aos pacientes terminais.

## 4. RESULTADOS

Este tópico visa discorrer acerca dos resultados da presente pesquisa. Tendo em vista o fato de que a mesma utilizou como estratégia o estudo caso, optou-se por responder aos objetivos específicos, sendo eles: identificar a visão do profissional da Psicologia sobre a temática da morte; caracterizar a atuação da Psicologia perante a demanda de Cuidados Paliativos; reconhecer as potencialidades e dificuldades práticas da abordagem de Cuidados Paliativos.

Por conta da baixa aderência dos profissionais à pesquisa, delimitou-se o público-alvo de dois psicólogos hospitalares e, conseqüentemente, duas entrevistas. As participantes da pesquisa atuam em um hospital geral pertencente à região do Alto Vale do Itajaí, que possui cerca de 543 funcionários e recebem pacientes de ambos os sexos, sem limites geográficos estabelecidos. Essa instituição não possui um serviço estruturado e exclusivo de Cuidados Paliativos, porém, atende pacientes relacionados a essa demanda nos mais diversos setores do hospital.

Como forma de preservar o anonimato das participantes, as mesmas foram identificadas como P1 e P2 (P= psicóloga). As entrevistas foram realizadas individualmente e de forma remota, sendo transcritas na íntegra. A partir da análise das respostas de cada participante, houve o levantamento de tópicos para a discussão, que foram reunidos por semelhanças de conteúdo, visando responder aos objetivos da pesquisa. Subseqüente a análise das respostas, organizou-se uma divisão de três grandes temas com a finalidade de exibir os principais resultados que circundam cada temática, desenvolvendo, em seguida, a sua respectiva discussão teórica. As falas das participantes, destacadas na análise de conteúdo, foram escritas de maneira literal.

A seguir são apresentados os tópicos para análise, bem como sua respectiva discussão teórica. Cada tópico faz relação com um objetivo específico a ser discutido. A saber: Concepção de Morte; A Atuação da Psicologia em Cuidados Paliativos; Potencialidades e Dificuldades na Prática em Cuidados Paliativos.

### 4.1 CONCEPÇÃO DE MORTE

A partir da análise dos dados coletados, foi criada a categoria de análise denominada “Concepção de Morte”, que diz respeito às concepções que circundam a morte e o morrer no ambiente hospitalar, tanto para a equipe multiprofissional, quanto para o paciente e sua família.

Além disso, também contempla as percepções individuais das profissionais da psicologia sobre esse tema.

A partir do questionamento sobre a conceituação particular de morte, objetivou-se investigar o que as participantes apresentariam enquanto definição para esse termo. P1 relatou que a morte é um processo natural, acontecendo independente da faixa etária do indivíduo:

*“Eu acho que é um processo natural da vida, que todos nós vamos morrer um dia e que se puder ter uma qualidade de morte, excelente” (P1).*

A participante P2 cita sua dificuldade pessoal em lidar com essa temática, por entender o quão doloroso esse momento pode ser:

*“Realmente tenho a crença de que isso é uma passagem e depois tem algo ali [...], mas não vou mentir que é uma temática bem difícil pra mim” (P2).*

Por que certas pessoas se escondem da morte e não conseguem falar sobre esse tema? Por que a morte fascina alguns, sendo inspiração para músicos, poetas e profissionais? Há como nos prepararmos para esse momento? Para onde vamos? De acordo com Kovács (2005), esses e outros questionamentos, a respeito do morrer, têm assombrado a sociedade no decorrer dos anos. Não há uma definição clara e universal sobre a morte, nem tampouco uma educação voltada a essa temática. Cada indivíduo irá buscar uma explicação que lhe traga o sentimento de totalidade, dando sentido a sua própria vida.

Outro elemento que surgiu face aos questionamentos sobre a concepção de morte, foi a falta de discussões desde a graduação em relação a esse tema, o que dificultou os pressupostos práticos:

*“Quando me formei não, eu com certeza não tinha nenhuma preparação [...], tanto que eu senti muita dificuldade logo que me formei” (P1).*

*“Debater sobre a morte e o contexto hospitalar acho que falta mesmo, pra mim faltou” (P2).*

Tais expressões evidenciam que, mesmo lidando diariamente com a morte, os profissionais da saúde sentem-se despreparados para prestarem uma assistência na fase final da vida, visto que a grade curricular, em muitas instituições, não privilegia tais aspectos (LIMA; BUYS, 2008). Segundo Junqueira e Kovács (2008), contemplar o tema da morte na graduação de psicologia faz-se extremamente importante, uma vez que a finitude passou a ser permeada na rotina deste profissional. A temática da morte tornou-se transversal aos vários âmbitos de intervenção psicológica, tais como hospitalar, escolar, familiar e organizacional.

Destaca-se a forma com a qual as participantes compreendem o processo de morte por meio de algo natural, sendo a única certeza que o ser humano tem em sua existência, contudo,

sabe-se que é um momento permeado por intenso sofrimento a todos os envolvidos, o que exige uma sensibilidade maior por parte da equipe. Sobre as “falhas” na graduação relacionada a essa temática, ambas profissionais apontaram uma não preparação para a prática profissional diante da morte.

Foram observadas as respostas dadas frente aos questionamentos a respeito de como a morte é entendida na instituição hospitalar pelos pacientes, pela família e pela equipe de saúde.

É possível verificar nos relatos da P1 e da P2 que as concepções sobre a morte e o morrer na equipe multidisciplinar voltam-se para um fracasso, uma falha terapêutica. As entrevistadas já presenciaram distintas condutas da equipe, onde muitos acreditam que diante de uma iminência de morte, não há mais o que fazer por aquele indivíduo e adotam uma postura de ceticismo em relação a medidas que visam o conforto do paciente:

*“Eu vejo que é entendido isso, a gente não conseguiu, a gente falhou” (P1).*

*“Então tem aquela coisa que a pessoa acaba julgando e isso interfere um pouco, não no cuidado em si, mas a gente vê alguns detalhes e algumas falas do tipo: “ah, porque vão fazer isso? O paciente tá morrendo”, já aconteceu de eu ouvir coisas nesse sentido” (P2).*

Diante disso, percebe-se que a maioria dos profissionais não se sentem confortáveis em abordar esse assunto, muitas vezes por conta de um despreparo acadêmico para lidar com tal temática. Conforme refere Kovács (2005), o morrer transfigurou-se como um assunto reprimido e faz parte de uma atmosfera de silêncio entre as equipes, por isso, não raramente, encontramos profissionais da saúde frustrados com suas atuações, visto que não sabem como comunicar aos pacientes e familiares um diagnóstico desfavorável, bem como a possibilidade de morte. Combinato e Queiroz (2006) complementam que as áreas da saúde são preparadas para vencer a morte e apresentam poucos subsídios de como lidar com a pessoa que está morrendo. Os Cuidados Paliativos contrapõem essa perspectiva, justamente por promoverem reflexões que objetivam tornar os profissionais mais habilitados, pessoal e profissionalmente, para trabalharem com esse tema, o que só tende a trazer benefícios para todos os envolvidos. Afinal, de acordo com Kübler-Ross (1996), se a morte é um tabu em nossa vida pessoal, como será possível encará-la com tranquilidade no momento de ajudar o paciente?

A equipe e a família também demonstram certa resistência em contar o diagnóstico desfavorável para o paciente:

*“A gente tem uma dificuldade muito grande da equipe e da família aceitar que a gente fale pro paciente que ele vai morrer, que a gente fale pro paciente que provavelmente ele não vai sair daquela internação” (P1).*

Kübler-Ross (1996) aponta que muitos profissionais possuem receio de contarem a seus pacientes a verdade sobre o diagnóstico, porém, para ela, não deveriam existir dúvidas quanto ao contar ou não, e sim reflexões sobre como dividir isso, da melhor forma possível, com o enfermo. Para Lima e Buys (2008), a morte em si pode não ser o maior problema para o paciente, mas sim o sentimento de abandono e desesperança que podem rodeá-la. Sendo assim, um diagnóstico desfavorável deve ser comunicado e acompanhado, garantindo as necessidades individuais de cada paciente. Diante disso, conforme Franco (2008), ressalta-se a importância do profissional da psicologia também caminhar junto aos agentes da equipe de saúde, a fim de prepará-los para essa demanda.

No que se refere ao contato da família e do paciente com a morte, os relatos das entrevistadas circundam diferentes reações nesse momento, que variam entre uma resistência extrema em falar sobre o assunto, até o entendimento de que os Cuidados Paliativos são a melhor forma de minimizar o sofrimento daquele indivíduo:

*“Acho que depende muito de cada família, como foi abordado isso. Tem famílias que estão extremamente resistentes porque acham que não estão fazendo tudo por aquele paciente, tem famílias que quando a gente fala em minimizar o sofrimento do paciente, entendem”* (P1).

*“Eu acho que tem muito preconceito em torno dessa temática, de achar que essa forma de olhar pode ser desistir de um tratamento ou, às vezes, acaba abordando questões que a pessoa não quer lidar”* (P2).

Kübler-Ross (1996) considera a família como primordial no período de adoecimento do paciente, por isso ela deve receber a devida atenção. Nessa perspectiva, Maciel (2008) ressalta que o núcleo familiar corresponde a um setor de cuidado, tanto quanto o doente. Manter a família devidamente informada promove sentimentos de segurança e amparo.

Diante do exposto, faz-se necessário compreender os significados que a família atribui à morte, que comumente vem atribuída a valores religiosos e culturais (ANDRADE, 2012). Sobre a questão cultural, uma das participantes percebe que tais valores interferem, de certo modo, nas reações do paciente e da família diante de um diagnóstico desfavorável:

*“Eu acho que tem uma questão cultural bastante forte, alemã, uma coisa mais rígida, da dificuldade em falar e se expressar, de que tem que ser forte, então vejo que tem uma questão cultural que acaba provocando um sofrimento e uma somatização”* (P2).

A participante P1 cita algumas reações familiares que já vivenciou diante da iminência de morte do paciente:

*“A gente deixa a pessoa falar, deixa ela assimilar, deixa ela gritar. Teve família que quebrou o sofá de raiva [...]”* (P1).

Apesar desses singulares processos do sistema familiar, é possível perceber pelos relatos das participantes que todos os integrantes são instruídos a respeito da real situação do paciente e incentivados a ficarem o mais próximo possível do mesmo, para que consigam se despedir de forma adequada. Mesmo sabendo que o contato com a morte e o morrer podem gerar as mais diversas reações, tanto no paciente quanto na família, uma das participantes afirma que prefere dar voz a essa temática como uma forma de preparar, tanto o núcleo familiar quanto o paciente, para esse momento:

*“Sempre que eu trago pra família, eu falo sobre ritual de despedida, eu falo que eu prefiro que eles lembrem de mim e se preparem pro pior e mesmo que o paciente saia super bem, eu prefiro falar sobre isso” (P1).*

Tal fala relaciona-se com o postulado por Kübler-Ross (1996), visto que o homem só enfrentará seus medos e receios da morte quando começar a refletir sobre sua própria finitude. O cuidado mais adequado que esses familiares podem receber é o compartilhamento de seus sentimentos até que a morte, de fato, chegue. Se tais reações forem reprimidas, sua saúde física e emocional podem ser fortemente abaladas.

Concluindo a presente categoria de análise, destaca-se que muitos relatos das participantes circundam para uma reflexão e sensibilização sobre a morte, movimento tal que exerce notórias diferenças no enfrentamento da família e do paciente ao vivenciarem tal situação. No entanto, as maiores dificuldades parecem estar relacionadas ao manejo da equipe multidisciplinar em relação a essa tema, visto que muitos fatores pessoais e acadêmicos acabam interferindo.

## 4.2 A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Tendo em vista que o hospital onde as entrevistadas atuam não possui um serviço exclusivo e estruturado de Cuidados Paliativos, mas destina de seis a sete leitos para essa demanda, a segunda categoria visa discorrer sobre os aspectos práticos da psicologia que se aproximam de tal abordagem, observados nas falas das participantes.

Silva e Araújo (2012) enfatizam que os principais instrumentos para o profissional que atua em Cuidados Paliativos são a comunicação e a escuta ativa. Por meio destes, é possível conhecer, genuinamente, a história de vida do paciente e reduzir seus anseios face à aproximação com a morte. Deste modo, torna-se possível reconhecer as principais demandas do sujeito, além de criar um espaço seguro para que o mesmo seja assistido espiritual e emocionalmente.

Sobre essa aproximação constante e humanizada da psicologia com o paciente e sua família, uma das participantes expressou a preocupação constante que possui em estabelecer um vínculo com esses agentes desde o início da internação:

*“É uma coisa que a gente sinaliza sempre pras equipes porque, por exemplo, qual é o vínculo que a gente vai ter com essa família se o paciente falecer e a gente for chamado somente para a hora do óbito ou no dia do óbito? [...]”* (P1).

*“Acho que realmente tem que estar mais presente (Psicologia), principalmente com esses pacientes que são elegíveis para Cuidados Paliativos, mesmo que não seja feita a terapêutica, o cuidado de ter esse acompanhamento”* (P1).

As entrevistadas destacaram algumas possibilidades de atuação com os pacientes, que envolvem desde uma reflexão sobre a morte, até pendências da vida pessoal a serem resolvidas:

*“Nos meus atendimentos eu sempre falo de morte, porque a gente nunca sabe”* (P1).

*“É tentar trabalhar no sentido que cada um vê nisso [...]. Às vezes aparecem questões atreladas a família que a gente acaba buscando, que a pessoa tá um pouco angustiada pra resolver coisas, cada coisa que aparece a gente trabalha o ponto que incomoda mais”* (P2).

Diante do exposto pelas participantes, pode-se perceber que a morte é um assunto recorrente nas demandas dos pacientes, o que exige uma intervenção mais específica das psicólogas sobre o tema, a fim de diminuir a ansiedade e angústia dos mesmos. Sobre isso, P2 complementa que:

*“Tentando resumir bem, é o medo da morte, o lidar com a finitude talvez é a questão que mais apareça, o medo e os sentimentos que surgem com isso, barganha”* (P2).

Por meio do citado pela entrevistada, evidencia-se a presença dos mecanismos descritos por Kübler-Ross (1996) como usuais no processo de enfrentamento do paciente e de sua família, dado o cenário de uma doença incurável, a saber: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. A referida autora ainda cita que, uma simples sessão com o paciente, utilizando perguntas sinceras e claras, pode amenizar uma carga que estava demasiadamente pesada para ele carregar sozinho.

Levando em consideração esse viés de necessidades e desejos do paciente, as participantes comentam que buscam abarcar as dimensões psicossociais do mesmo, com o intuito de lhe proporcionar maior bem estar. É o que se pode observar nas seguintes falas:

*“Algumas coisas a gente consegue, principalmente da parte religiosa e espiritual [...]. É realmente entrar em um consenso, se vai fazer bem pro paciente. Quer trazer uma água benta pro hospital, traz, a gente sabe que não pode ali no leito, mas se a família vai se sentir melhor em trazer, traz”* (P1).

*“Eu acho que nesse sentido se busca abranger bastante até a questão religiosa, espiritual, é tida como bem importante, tanto que tem direito a visita religiosa. Eu acho que nesse sentido tem um viés onde é bem pensado”* (P2).

Sendo assim, é possível perceber que a questão religiosa constitui uma das maiores preocupações dos pacientes, visto que tal dimensão possui uma abrangência maior dentro da instituição hospitalar. Montagnini (2008) refere que a abordagem de Cuidados Paliativos deve proporcionar um cuidado eficiente e que contemple todas as dimensões do ser humano, sendo ela social, física, psicológica e espiritual. A espiritualidade não possui ligação com uma religião específica, mas suscita reflexões sobre o sentido da vida e do sofrimento (DOMINGUES et al., 2013; RODRIGUES; ZAGO, 2009). Bertachini e Pessini (2010, p.320) definem religião como um “conjunto de crenças, práticas rituais e linguagem litúrgica que caracteriza uma comunidade que está procurando dar um significado transcendente às situações fundamentais da vida, desde o nascer até o morrer”. O homem sempre buscou um sentido maior para sua existência e a religião permite a conexão com algo superior, trazendo respostas acolhedoras acerca das questões existenciais.

Por meio dos relatos das entrevistadas, nota-se que um dos maiores pedidos expressos pelos pacientes é o de morrer em casa. Durante o compartilhamento de alguns casos com a pesquisadora, comumente mencionava-se:

*“Gente, é o último pedido dele, ele quer ir pra casa”* (P1).

*“[...] o paciente dizendo que queria ir pra casa. Será que não era de pensar em deixar ele ir pra casa e morrer em casa?”* (P2).

Fripp (2012) menciona que o atendimento domiciliar está em constante crescimento no Brasil e permite que o paciente tenha maior aproximação de seu sistema familiar. Sendo assim, a maioria dos indivíduos, cujas enfermidades encontram-se em estágio irreversível, manifestam o desejo de morrer em seu próprio domicílio, sem negar os cuidados da equipe multidisciplinar quanto ao controle da dor e de outros sintomas de ordem física, social, espiritual e psicológica.

No que diz respeito à dimensão social, surgiu no discurso de uma das participantes exemplos de como esse apoio é prestado:

*“A questão social a gente sempre tenta dar o suporte, mesmo agora com o Covid, não pode entrar no leito pra se despedir, vem pela janela, a gente traz a família na janela, a família ora pelo lado de fora e a gente fica junto”* (P1).

A entrevistada P2 percebe algumas discrepâncias no apoio social prestado pela equipe no que tange ao tipo de patologia que o paciente apresenta. Doenças crônicas e câncer exercem

maior comoção entre os profissionais, enquanto as tentativas de suicídio, que, em muitos casos, tornam-se pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos, são mais estigmatizados:

*“Talvez em outras coisas, como a questão social, tem um julgamento, dependendo do que é o caso, que pode interferir” (P2).*

Outro fator que surgiu durante a entrevista foi a respeito do sistema familiar. Conforme indica Andrade (2012), reuniões com os familiares são importantes para alinhar as informações e sinalizar para todos os membros a proximidade com a morte. Percebe-se que tal pressuposto é contemplado na prática quando uma das entrevistadas relata:

*“A gente faz muito no início, [...], chamar a família pra explicar o caso. Ontem mesmo, no plantão, a gente chamou a família de uma paciente [...], sentamos em uma sala com o médico, enfermeiros, comigo pra explicar, tirar todas as dúvidas da família e pra falar sobre terminalidade” (P1).*

A P2 destaca o aspecto da própria família solicitar o acompanhamento psicológico mediante o processo de terminalidade e internação de um parente:

*“Eu vejo que tem uma demanda de os próprios familiares pedirem pra equipe o psicólogo e daí, muitas vezes, a gente inicia esse acompanhamento por pedido dos familiares” (P2).*

Na prática dos Cuidados Paliativos, as participantes preconizam o contato pós óbito, buscando verificar como a reorganização familiar está sucedendo:

*“A gente também faz o contato pós óbito. O paciente faleceu, era acompanhado pela gente, então, depois de um tempo, a gente faz um contato com a família pra saber como eles estão, como está esse enfrentamento. Geralmente, a gente faz encaminhamento pra acompanhamento psicológico na rede, pra dar esse suporte” (P1).*

*“A gente tenta trabalhar com aquela ideia de luto antecipatório e também, posteriormente, tentamos fazer um contato com a família, pós óbito” (P2).*

Diante da fase final da vida, onde a finitude assume um aspecto irreversível, os Cuidados Paliativos emergem como uma abordagem primordial, prevenindo uma morte com intenso sofrimento, tanto para o paciente quanto para sua família (MACIEL, 2008). Kovács (1992) compreende a morte como um vínculo que foi interrompido diante de uma relação entre pessoas, por isso, a expressão dos sentimentos nesse momento faz-se importante para o posterior processo de luto. O luto antecipatório permite que a perda do familiar seja elaborada enquanto este ainda possui vida, ou seja, antes que a morte ocorra efetivamente. De acordo com Generzini (2012), a filosofia dos Cuidados Paliativos preconiza o acompanhamento ao luto dos familiares, que pode ser realizado por meio de um telefonema, uma carta de condolências,

atendimentos individuais ou grupais e, quando necessário, encaminhamentos para serviços específicos.

Com a equipe multidisciplinar, os relatos das entrevistadas indicam uma boa relação e comunicação em grande parte dos setores. Ambas descrevem que a equipe, em sua maioria, está bem integrada e aceita a perspectiva da Psicologia no que tange ao paciente e a família:

*“A gente vai, troca, discute, tá bem integrada com a equipe” (P1).*

*“Eu acho que depende muito dos setores, mas no geral é boa. Acho que, inclusive, respeitam bastante nossa opinião e avaliação. Se a gente fala alguma coisa, no geral, a gente consegue dialogar bem” (P2).*

Tais falas demonstram boa aderência dos demais profissionais quanto às contribuições e opiniões do psicólogo. Relativo às demandas que a equipe apresenta, essas parecem circundar em dúvidas quanto a conduta com o paciente e a família, bem como a comunicação de más notícias. As psicólogas também prestam acompanhamento aos profissionais que expressam dificuldades pessoais em lidar com a temática da morte. É o que se pode observar nas seguintes verbalizações:

*“Às vezes, eles nos pedem ajuda de conduta mesmo, com quem falar da família, quem comunicar na hora do óbito, porque sabem que a gente tá acompanhando” (P1).*

*“Já aconteceu, várias vezes, da gente fazer acolhimento de funcionário” (P2).*

Franco (2008) pontua que o psicólogo é parte importante da equipe multiprofissional, com contribuições concernentes as mais diversas esferas. Este profissional tem muito a acrescentar dentro da equipe, sendo que possui uma visão apurada sobre as necessidades do doente e de sua família, além de ser um facilitador da comunicação entre a tríade paciente-família e equipe de saúde. Maciel e Alves (2017) citam que o psicólogo deve, inclusive, oferecer suporte emocional às equipes multiprofissionais, visando diminuir os conflitos e também prevenir a Síndrome de Burnout.

#### 4.3 POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NA PRÁTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Objetivou-se por meio da composição da entrevista, elencar os principais benefícios e desafios encontrados na atuação em Cuidados Paliativos, levando em consideração a realidade do local em que as participantes atuam.

Um dos primeiros desafios dessa prática consiste em identificar os pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos. Como o hospital não possui um serviço estruturado de CP, conta-se

com o olhar dos profissionais, especialmente os médicos, para definir quais patologias estão em estado avançado e necessitando de medidas que visam o conforto do paciente. Segundo Rodrigues (2012), esse tipo de equipe multiprofissional é denominada de “Consultora” ou “Volante”, uma vez que não há leitos exclusivos para Cuidados Paliativos e a equipe movimenta-se até o paciente de acordo com a solicitação do médico responsável, realizando um suporte para as condutas de cuidado sem assumir de forma contínua a assistência daquele enfermo.

Apenas uma médica dessa instituição possui uma postura mais voltada para a abordagem de Cuidados Paliativos:

*“A gente tem uma médica, que trabalha no setor de clínica médica, que é mais voltada para um olhar dos Cuidados Paliativos, mas nos outros setores do hospital a gente não vê isso [...]. A princípio, não tem algo que se segue, a gente vê que fica a cargo de cada profissional” (P1).*

Tal fala evidencia as disparidades existentes entre os diferentes setores do hospital quanto a necessidade dos Cuidados Paliativos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, os CP são indicados a todos os pacientes cuja doença grave, progressiva e incurável prejudique a continuidade da vida (ARANTES, 2012). Contudo, sabe-se que no Brasil um dos maiores desafios vigentes é a avaliação prognóstica de pacientes elegíveis para a abordagem de Cuidados Paliativos (CARVALHO; ARANTES, 2008). Esse fator também é observado diante da atuação da psicologia com os pacientes elegíveis para CP, pois, mesmo que a equipe apresente uma boa interação entre seus membros, muitas alas da instituição hospitalar solicitam a presença das psicólogas horas antes do falecimento do paciente e, em alguns casos, quando o mesmo já faleceu:

*“Como não tem um protocolo e nem essa cultura dos Cuidados Paliativos, os médicos eles solicitam acompanhamento da gente quando o manejo com a família é difícil ou quando o paciente realmente tem horas e dias, a gente não consegue estar acompanhando antes” (P1).*

*“Realmente acho que pega nessa questão de uma continuidade, de um acompanhamento. O paciente já tá num processo terminal e a gente é chamada no momento do óbito ou do quase óbito e não num trabalho com mais rotina, pensando desde o momento que é paliativo” (P2).*

Nota-se que tais dificuldades são oriundas, principalmente, da ausência de mais profissionais do ramo da psicologia, visto que as duas psicólogas prestam acompanhamento ao hospital inteiro e não atuam exclusivamente com a demanda de Cuidados Paliativos:

*“[...] a gente é somente duas psicólogas na assistência pra um hospital inteiro, então não tem como fazer um trabalho contínuo [...]. Não tem como ficar elencando de olhar os pacientes e pensar em quem seria importante trabalhar, a gente não tem um tempo hábil de fazer isso. A gente fica contando com o olhar da equipe e, às vezes, acaba sendo um pouco tardio ou, às vezes, não estão sendo acompanhados casos que se beneficiariam muito com um atendimento psicológico” (P2).*

Sobre isso, parecem haver fatores de ordem administrativa e da gestão do hospital que acabam dificultando a atuação conforme os princípios dos Cuidados Paliativos:

*“Eu vejo que tem muitas dificuldades no sentido de gestão, de valorizar isso ou não” (P1).*

Floriani (2009) pontua que, para os Cuidados Paliativos serem implementados de forma efetiva em território brasileiro, muitas dificuldades precisam ser superadas, e uma delas diz respeito a estrutura das instituições hospitalares, sendo responsabilidade dos gestores buscarem um modelo de cuidados no fim da vida comprometido com os cuidadores e pacientes.

P1 discorre sobre o modelo biomédico de saúde, que ainda se faz presente em alguns setores do hospital. Maciel e Alves (2017) postulam que tal conceito fundamenta-se na figura do médico como principal agente, embasando sua atuação na medicalização, na hospitalização e no adoecer enquanto uma causa orgânica. Observa-se tal paradigma na seguinte fala:

*“A gente tem umas dificuldades bem importantes disso, dessa hierarquia médica, que hoje a gente tenta desconstruir e quebrar isso mas, assim, tem médicos que eu consigo ter uma relação de igual pra igual, onde eles não interferem na minha conduta, eu não interfiro na deles e é um trabalho em equipe. Já tem outros médicos que dizem assim: “vai ser isso e ponto”” (P1).*

Esse aspecto, inevitavelmente, interfere sobre a atuação da psicologia, visto que as profissionais não conseguem realizar um acompanhamento contínuo, conforme o preconizado. Maciel e Alves (2017) salientam que, historicamente, os Cuidados Paliativos objetivam a superação deste modelo biomédico, disseminando a filosofia do cuidado, e não meramente curativa. Uma das entrevistadas cita que cursos mais frequentes, relacionadas à terminalidade e ao cuidado humanizado, promoveriam condutas mais adequadas da equipe quanto aos Cuidados Paliativos:

*“Capacitações mais frequentes seriam bem importantes [...]. Quando tem um profissional que tá muito diferente, acabam tendo muitos embates, então, se tá todo mundo falando a mesma língua, já é o primeiro passo” (P2).*

Apesar de todos os empecilhos supracitados, a participante P1 apresenta em seu discurso os benefícios que a psicologia pode trazer, enquanto parte da equipe multidisciplinar:

*“Acho que a diferença da psicologia que eles percebem, é que a gente consegue também auxiliar a equipe, porque já teve situações de óbito nos finais de semana, que nós não estamos, e eles chegam na segunda e contam: “gente, foi horrível porque vocês não estavam aqui!”. Então, a gente vê que eles reconhecem o trabalho” (P1).*

*“A gente vai discutindo com a equipe: “esse paciente o diagnóstico é desfavorável”. A gente já está acompanhando e trabalhando isso com a família” (P1).*

Através de suas intervenções, o psicólogo pode oferecer importantes subsídios sobre os fatores afetivos e emocionais do paciente e de seu sistema familiar em cada fase do adoecimento, fazendo constantes trocas com a equipe e oferecendo suporte para que esses profissionais prestem o melhor atendimento possível diante da finitude (SAPORETTI et al., 2012).

Com a família do paciente, as duas participantes citam que as ações visivelmente trazem benefícios para os envolvidos, com retornos positivos em relação a assistência psicológica:

*“Eu acho que o lado positivo pra mim e pra psicologia é de dar esse suporte pra família [...], da gente tanto preparar essa família, acolher, fazer o que a gente pode fazer pra auxiliar em vida, essa organização familiar, organização do paciente e realmente prestar esse cuidado com o óbito” (P1).*

*“[...] e depois acontece bastante da gente ter retornos positivos, da família buscar a gente pra agradecer e realmente dizer que aquele suporte foi importante” (P2).*

Um dos princípios dos Cuidados Paliativos é oferecer um sistema de suporte para a família durante todo o processo de adoecimento, afinal, quando esses agentes compreendem o real percurso da doença e são envolvidos ativamente no cuidado do paciente, desenvolvem-se os sentimentos de amparo e segurança (MACIEL, 2008).

No que concerne aos cuidados prestados aos pacientes, a atuação da psicologia é vista como muito positiva, o que corrobora com o princípio da “boa morte” ou “morte digna”. Para Menezes (2003), esse conceito visa propiciar qualidade de vida e autonomia ao paciente, fazendo com que este tenha suas escolhas respeitadas e maior controle sobre seu próprio processo de morte. Isso é perceptível nos seguintes relatos:

*“Então, acho que tem um trabalho muito bom de dar espaço, de dar voz, de acolher essas pessoas que, às vezes, não teriam esse suporte em outro lugar, não buscariam” (P1).*

*“O maior lado positivo é essa questão de enxergar de uma forma mais humanizada e olhar pras necessidades e desejos daquela pessoa, e entender que ela tem esse direito, e tentar dar um fim mais digno possível” (P2).*

Concluindo a presente categoria de análise, destaca-se que muitos relatos das participantes demonstraram que nem sempre a psicologia consegue prestar um acompanhamento com os pacientes que estão em fase final da vida, contudo, quando esse atendimento é realizado, tem-se muitos benefícios na qualidade de vida do enfermo e de seu ciclo familiar, além de auxiliar os cuidados prestados pela equipe de saúde.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como finalidade analisar a atuação da Psicologia frente à demanda de pacientes em Cuidados Paliativos. Identificou-se que o fenômeno da morte ainda constitui um tabu na sociedade atual, o que influencia diretamente o olhar dos profissionais da saúde, que, na maioria dos casos, estão despreparados, tanto pessoal quanto profissionalmente, para lidarem com essa temática. Mesmo com os benefícios que os Cuidados Paliativos podem trazer para a tríade paciente-família e equipe de saúde, é notório o quanto essa abordagem não recebe o devido reconhecimento, sendo comumente empregada em situações onde a morte do paciente está próxima. Há lacunas no que se refere à capacitações profissionais nessa área e também nos critérios para identificar os pacientes elegíveis para a abordagem de Cuidados Paliativos.

Tratando-se da psicologia, através do estudo de caso, observou-se que sua atuação perpassa pelo paciente, sua família e a equipe de saúde, com uma intervenção pautada na escuta ativa, no acolhimento e nos desejos e necessidades desses atores, prestando um suporte que se estende desde a internação até o pós óbito, onde acompanha-se a reorganização do sistema familiar diante da perda. Além disso, o psicólogo aborda constantemente o tema da morte em seus atendimentos, trabalhando as significações desse termo no âmbito do paciente e da família, o que visa prepará-los para esse momento. Busca-se respeitar genuinamente os desejos de cada paciente, como a morte no domicílio, os rituais religiosos e espirituais e as pendências sociais. Cabe ao profissional da psicologia contribuir para a qualidade de vida do sujeito, o que envolve amparar suas dores, ansiedades, medos e histórias.

Contudo, notou-se que a prática do psicólogo em Cuidados Paliativos ainda possui alguns desafios a serem superados, como a hierarquia médica, a extensa demanda de trabalho, a falta de mais profissionais atuando no ambiente hospitalar, a escassez de especialização sobre essa temática e, inclusive, fatores mais abrangentes como o reconhecimento da gestão hospitalar e do sistema de saúde em relação a abordagem. A psicologia, apesar de ter firmado seu lugar dentro da equipe de CP, ainda não consegue exercer uma atuação tão ativa quanto deveria, visto que, em alguns casos, só é chamada diante da iminência de morte do paciente ou em dificuldades pontuais dos outros profissionais da equipe de saúde.

Diante dos fatores supracitados, denota-se a importância do psicólogo continuar desmistificando os estigmas que circundam sua prática em Cuidados Paliativos, desenvolvendo cada vez mais competências que tragam benefícios diretos à autonomia e bem-estar do paciente, bem como do sistema familiar, diante do processo de adoecimento, além de enriquecer a equipe

com o olhar psicológico acerca do funcionamento desses pacientes, que são partes indissolúveis dos Cuidados Paliativos.

Como já apontado, são inúmeras as contribuições da psicologia diante dos pacientes em iminência de morte, contudo, a área ainda carece de especializações mais específicas ligadas a essa demanda e tal realidade reverbera, inclusive, nas publicações associadas a essa temática, visto que são escassas as pesquisas que relacionam a atuação prática da psicologia com os Cuidados Paliativos.

Posto isso, pretendeu-se com a presente pesquisa contribuir para a área dos Cuidados Paliativos ao promover um levantamento de dados que explicita os pressupostos teóricos e práticos da psicologia frente aos pacientes terminais, onde, por meio de intervenções específicas da área pode-se promover maior autonomia e qualidade de vida, mesmo diante de um prognóstico desfavorável.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Mário de Souza. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese: uma abordagem simples, prática e objetiva.** São Paulo: Atlas, 2014. *Ebook.*
- ANDRADE, Letícia. Providências práticas para toda a família. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos.** Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p. 400-407. *Ebook.*
- ANGERAMI, Valdemar Augusto. O psicólogo no hospital. In: ANGERAMI, Valdemar Augusto (Org.) et al. **Psicologia hospitalar: teoria e prática.** São Paulo: Cengage Learning, 2018. p.1-14. cap. 1.
- ANGERAMI, Valdemar Augusto. Pacientes terminais: um breve esboço. In: ANGERAMI, Valdemar Augusto (Org.) et al. **Psicologia hospitalar: teoria e prática.** São Paulo: Cengage Learning, 2018. p.91-106. cap. 5.
- ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana. Indicações de Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos.** Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p. 56-74. *Ebook.*
- ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana; MACIEL, Maria Goretti Sales. Dor. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord.). **Cuidado paliativo/CREMESP.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p.369-391. *Ebook.*
- ARIÈS, Phillippe. **História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias.** Tradução de Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.
- BACKES, Marli Terezinha Stein et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista enfermagem UERJ.** Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.111-117, jan./mar. 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/conceitos-saude-doenca.pdf>> Acesso em: 03 de abril de 2021.
- BALESTRIN, Maria Fátima; BARROS, Solange Aparecida Barbosa de Moraes. A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **VOOS Revista polidisciplinar eletrônica da faculdade Guairacá.** v.1, n.1, p.18-41, jul. 2009. Disponível em: <[http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/17/02\\_Vo11\\_VOOS2009\\_CS](http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/17/02_Vo11_VOOS2009_CS)> Acesso em: 27 de março de 2021.
- BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. **Revista Bioethikos,** v. 4, n.3, 2010, p. 315-323. Disponível em: <<http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art08.pdf>> Acesso em: 01 de novembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019\\_03\\_01\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html)> Acesso em: 10 de março de 2021.

BRAZ, Mariana Sarkis; FRANCO, Maria Helena Pereira. Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v.37, n.1, p.90-105, jan./mar. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n1/1982-3703-pcp-37-1-0090.pdf>> Acesso em: 28 de novembro de 2020.

CAPELAS, Manuel Luís et al. Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: visão nacional e internacional. v.1, n.2, p. 7-13, out. 2014. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/279191632\\_Desenvolvimento\\_historico\\_dos\\_Cuidados\\_Paliativos\\_visao\\_nacional\\_e\\_internacional](https://www.researchgate.net/publication/279191632_Desenvolvimento_historico_dos_Cuidados_Paliativos_visao_nacional_e_internacional)> Acesso em: 19 de setembro de 2020.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana. UTI. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord.). **Cuidado paliativo/CREMESP**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 178-191. *Ebook*.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. Bioética em cuidados paliativos. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord.). **Cuidado paliativo/CREMESP**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p.583-594. *Ebook*.

COMAS, Manel-Dionís; SCHRÖDER, Marta; VILLABA, Olga. Intervención psicológica en una unidad de cuidados paliativos. In: REMOR, Eduardo; ARRANZ, Pilar; ULLA, Sara (Edits.). **El psicólogo en el ámbito hospitalário**. Editorial Desclée de Brouwer, 2003. p.777-813. *Ebook*.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de psicologia**. Natal, v. 11, n.2, p.209-216, ago. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/epsic/a/PfSWjx6JP7NQBWhcMBXmnyq/?lang=pt>> Acesso em: 30 de outubro de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Disponível em:

<<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=24/05/2016&pagina=44>> Acesso em: 29 de junho de 2021.

DOMINGUES, Glauca Regina et al. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicologia hospitalar**, São Paulo, v.11, n. 1, p. 02-24, jan. 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092013000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002)> Acesso em: 01 de novembro de 2021.

FLORIANI, Ciro Augusto. **Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte**. Rio de Janeiro, 2009. 192 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2571/1/ENSP\\_Tese\\_Floriani\\_Ciro\\_Augusto.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2571/1/ENSP_Tese_Floriani_Ciro_Augusto.pdf)> Acesso em: 19 de setembro de 2020.

FRANCO, Maria Helena Pereira. Psicologia. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord.). **Cuidado paliativo/CREMESP**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 74-76. *Ebook*.

FRIPP, Julieta Carriconde. Ação prática do paliativista na continuidade dos cuidados em domicílio. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p. 375-391. *Ebook*.

GIBELLO, Juliana; NETTO, Marcus Vinícius Rezende Fagundes. Cuidados paliativos e atuação do psicólogo hospitalar. In: KERNKRAUT, Ana Merzel; SILVA, Ana Lucia Martins da; GIBELLO, Luciana (Orgs.). **O psicólogo no hospital: da prática assistencial à gestão de serviço**. São Paulo: Blucher, 2017, p.77-91, cap.4.

GENERZINI, Débora. Assistência ao luto. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p. 569-582. *Ebook*.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. *Ebook*.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim et al. Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde. **Rev. APS**, v.14, n.4, p.435-446, out./dez. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14821>> Acesso em: 03 de abril de 2021.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.9, p.2.577-2.588, set. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>> Acesso em: 15 de novembro de 2020.

ISMAEL, Silvia Maria Cury. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In: ISMAEL, Silvia Maria Cury (Org.). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p.17-35. *Ebook*.

JUNQUEIRA, Maria Hercília Rodrigues; KOVÁCS, Maria Júlia. Alunos de Psicologia e a educação para a morte. **Psicologia, ciência e profissão**. Brasília, v.28, n.3, p.506-519, set. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000300006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300006)> Acesso em: 29 de outubro de 2021.

KOVÁCS, Maria Júlia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**. Brasília, v.22, n.2, p.94-104 jan./abr. 2014. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198380422014000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198380422014000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 01 de novembro de 2020.

KOVÁCS, Maria Júlia. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. **Bioética**. Brasília, v.6, n.1, 1998. Disponível em: <[https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/326/394](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/326/394)> Acesso em: 01 de novembro de 2020.

KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para a morte. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v.25, n.3, p.484-497, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pcp/v25n3/v25n3a12.pdf>> Acesso em: 07 de novembro de 2020.

KOVÁCS, Maria Júlia. Paciente terminal e a questão da morte. In: KOVÁCS, Maria Júlia (Coord.). **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992, p.188-203, cap.11. *Ebook*.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes tem a ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1996. *Ebook*.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução de Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. *Ebook*.

LIMA, Vanessa Rodrigues; BUYS, Rogério. Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde. **Arquivos brasileiros de psicologia**. v. 60, n. 3, p.52-63, 2008. Disponível em: <<https://biblat.unam.mx/hevila/Arquivosbrasileirosdepsicologia/2008/vol60/no3/6.pdf>> Acesso em: 29 de outubro de 2021.

MACIEL, Silvana Carneiro; ALVES, Railda Sabino Fernandes. A arte de cuidar: contribuições do psicólogo na equipe multiprofissional de cuidados paliativos. In: ANGERAMI, Valdemar Augusto (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. Belo Horizonte: Artesã, 2017. p. 207-233. cap. 5.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p. 31-41. *Ebook*.

MACIEL, Maria Goretti Sales et al. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. *Ebook*.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord.). **Cuidado paliativo/CREMESP**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 15-32. *Ebook*.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Organização de serviços de Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p. 94-110. *Ebook*.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p.14-19. *Ebook*.

MATSUMOTO, Dalva Yukie; MANNA, Mônica Cecília Bochetti. Modelos de assistência em cuidados paliativos. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord.). **Cuidado paliativo/Cremsp**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p.101-126, cap.5. *Ebook*.

MELO, Ana Georgia Cavalcanti de; FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis. Cuidados paliativos. In: PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; MOTA, Dálete Delalibera Côrrea de Faria; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006. p. 16-28. cap. 1. *Ebook*.

MELO, Anne Cristine de; VALERO, Fernanda Fernandes; MENEZES, Marina. A intervenção psicológica em Cuidados Paliativos. **Psicologia, saúde e doenças**. Lisboa, v.14, n.3, p.452-469, nov. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1645-00862013000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862013000300007&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 19 de setembro de 2020.

MENEZES, Rachel Aisengart. Tecnologia e “Morte Natural”: o morrer na contemporaneidade. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.129-147, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/stmwsH7tkhHyb8DzKBJChSM/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 04 de novembro de 2021.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v. 12, n.1, jun. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a11.pdf>> Acesso em: 19 de setembro de 2020.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos**. São Paulo: Atlas, 2015. *Ebook*.

MONTAGNINI, Marcos. Plano de diretrizes: implementação de um programa de Cuidados Paliativos em hospital geral. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord.). **Cuidado paliativo/CREMESP**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 643-653. *Ebook*.

NUNES, Luana Viscardi. O papel do psicólogo na equipe. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p.337-340.

POLES, Kátia et al. Aspectos emocionais na atuação em cuidados paliativos. In: PESSALACIA, Juliana Dias Reis; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; SILVA, Alexandre Ernesto (Orgs.). **Cuidados paliativos na atenção primária à saúde**. Curitiba: Editora Prismas, 2017. cap. 11, p. 227-246.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v.13, n.1, jun. 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a07.pdf>> Acesso em: 19 de setembro de 2020.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. *Ebook*.

QUINTANA, Alberto Manuel et al. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia**. Ribeirão Preto, v.16, n.35, p.415-425, set./dez.2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a12.pdf>> Acesso em: 07 de novembro de 2020.

REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa. A finitude humana e a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.08, p.1755-1760, ago. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/25.pdf>> Acesso em: 11 de abril de 2021.

REZENDE, Laura Cristina Silva; GOMES, Cristina Sansoni; MACHADO, Maria Eugênia da Costa. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. **Revista Psicologia e Saúde**. v.6, n.1, p.28-36, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v6n1/v6n1a05.pdf>> Acesso em: 29 de abril de 2021.

RIBEIRO, José Luis Pais. A saúde e as doenças no século XXI. In: DIAS, Maria do Rosário; AMORIM, A. (Edits.). **Clínica dentária integrada: contributos bio-psico-sociais**. Caparica: Egas Moniz Publicações, 2000. p. 1-21. cap.1. *Ebook*.

RODRIGUES, Inês Gimenes; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Cuidados paliativos: realidade ou utopia?. **Cien. Cuid. Saude**. v.8, p.136-141, dez. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9740>> Acesso em: 10 de março de 2021.

RODRIGUES, Luís Fernando. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p.14-19. *Ebook*.

SANTOS, André Filipe Junqueira dos; FERREIRA, Esther Angélica Luiz; GUIRRO, Úrsula Bueno do Prado. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019**. São Paulo: ANCP, 2020.

SANTOS, Márcia Leandra. A pessoa, a saúde e a vida. **Revista pensamento biocêntrico**. Pelotas: n. 29, p.07-35, jan./jun. 2018. Disponível em: <<http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/edicoes/29/1.pdf>> Acesso em: 11 de abril de 2021.

SAPORETTI, Luis Alberto et al. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p. 42-55. *Ebook*.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, jan./abr. 2007. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312007000100003&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000100003&lng=pt&tlng=pt)> Acesso em: 27 de março de 2021.

SILVA, Alexandre Ernesto et al. **Cuidado paliativo em atenção domiciliar**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. *Ebook*.

SILVA, Jorge Luiz Lima da. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**. v.2, n.1, p.03-05, 2006. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/o-process.pdf>> Acesso em: 11 de abril de 2021.

SILVA, Maria Júlia Paes da; ARAÚJO, Mônica Martins Trovo de. Comunicação em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos/Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p. 75-85. *Ebook*.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial**. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2014. *Ebook*.

TAQUEMORI, Lais Yassue; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa. Interface intrínseca: equipe multiprofissional. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord.). **Cuidado paliativo/CREMESP**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p.55-57. *Ebook*.

VENDEMIATTI, Mariana et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1301-1314, jun. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/039.pdf>> Acesso em: 25 de outubro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Better Palliative Care for Older People**. Europe, 2004. Disponível em: <[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98235/E82933.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf)> Acesso em: 24 de novembro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer pain relief and palliative care**. Geneva, 1990. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO\\_TRS\\_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y)> Acesso em: 24 de novembro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**, 2014. Disponível em: <<https://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>> Acesso em: 23 de novembro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Summary report on proceedings minutes and final acts of the international health conference held in New York from 19 June to 22 July 1946**. Geneva, 1948. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official\\_record2\\_eng.pdf;jsessionid=08C197969AE1E5859B246ECF81621E01?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=08C197969AE1E5859B246ECF81621E01?sequence=1)> Acesso em: 03 de abril de 2021.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2001. *Ebook*.

## ANEXO A – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** LIDANDO COM A FINITUDE DA VIDA: A PSICOLOGIA ATUANDO EM CUIDADOS PALIATIVOS

**Pesquisador:** VANESSA GONTIJO DE FREITAS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 50670021.9.0000.5676

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.982.791

#### Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa enquadra-se no modelo de trabalho de campo, onde o pesquisador obtém um contato direto com o grupo estudado, sendo que, por intermédio da observação e de outras ferramentas, como a entrevista, este consegue atingir respostas mais fidedignas e dados mais precisos sobre os fenômenos, justamente por estar imerso no grupo de estudo (GIL, 2002). A estratégia de pesquisa adotada é o estudo de caso que, conforme explicita Almeida (2014), permite compreender com maior profundidade a realidade tangível de um grupo, instituição ou indivíduo. Yin (2001) complementa que o estudo de caso corresponde a uma investigação empírica que “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p.32).

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a atuação da Psicologia frente à demanda de pacientes em Cuidados Paliativos.

Objetivo Secundário:

Identificar a visão do profissional da Psicologia sobre a temática da morte; Caracterizar a atuação da Psicologia perante a demanda de Cuidados Paliativos.

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

**Bairro:** JARDIM AMERICA

**UF:** SC

**Município:** RIO DO SUL

**CEP:** 89.160-932

**Telefone:** (47)3531-6000

**E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.982.791

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Assim como qualquer outra pesquisa realizada com seres humanos, esta dispõe de alguns riscos mínimos ao participante, como desconforto em responder determinadas questões, exposição de informações desagradáveis e/ou sensação de invasão de sua privacidade. Todos os fatores supracitados serão levados em consideração no momento da coleta de dados, sendo escolhido um ambiente agradável, confortável e que garanta a privacidade do sujeito participante. Se necessário o uso de voz, o termo de consentimento deverá ser assinado pelo sujeito da pesquisa, sendo que, a voz somente será usada pelo próprio pesquisador trabalhar sua transcrição; não havendo exposição da mesma. Caso algum destes riscos venham a acontecer, o sujeito participante será atendido no NEAP - Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia, sem custo algum.

**Benefícios:**

Em relação aos benefícios deste estudo, pode-se citar a criação de um espaço seguro para que o profissional sinta-se à vontade para trazer dados fidedignos em relação a sua atuação em Cuidados Paliativos, para que ele compartilhe histórias marcantes, além de ser um momento de reflexão, buscando entender se os pressupostos que circundam sua prática e o que pode ser melhorado. No fim do processo, o participante será informado que, caso desejar, poderá ter acesso aos resultados do estudo, indicando de que maneira poderá obter tais informações.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências apontadas no último parecer foram sanadas, respeitando a Res. CNS 466/12. Projeto encontra-se apto para o início da coleta de dados.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Pesquisada aprovada sem restrições éticas, apta para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser anexado o Relatório Final via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Endereço:</b> DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13	
<b>Bairro:</b> JARDIM AMERICA	<b>CEP:</b> 89.160-932
<b>UF:</b> SC	<b>Município:</b> RIO DO SUL
<b>Telefone:</b> (47)3531-6000	<b>E-mail:</b> etica@unidavi.edu.br

**ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**
**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ**

PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Lidando com a finitude da vida: a Psicologia atuando em Cuidados Paliativos

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ residente e domiciliado  
\_\_\_\_\_,  
portador da Carteira de Identidade, RG nº \_\_\_\_\_ nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa “Lidando com a finitude da vida: a Psicologia atuando em Cuidados Paliativos”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. A pesquisa possui como objetivo analisar a atuação da psicologia frente a demanda de pacientes em Cuidados Paliativos.
2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possivelmente possibilitará a identificação da atuação da psicologia frente aos pacientes que possuem doenças terminais e, assim, demonstrar a relevância dessa prática ao trazer humanidade mesmo nos últimos momentos de vida.

3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: psicólogos (as) hospitalares que atuem diretamente com a demanda de pacientes em Cuidados Paliativos.
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de uma entrevista semiestruturada contendo 25 perguntas abertas. A pesquisa terá duração de aproximadamente 1h15min e será realizada de forma remota.
5. A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações dos participantes que responderem ao questionário, os nomes dos respectivos indivíduos serão substituídos por letras do alfabeto e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer como benefícios a obtenção de dados fidedignos em relação a atuação em Cuidados Paliativos, o compartilhamento de histórias, além de ser um momento de reflexão ao compreender os pressupostos que circundam sua prática e o que pode ser melhorado. Os resultados deste estudo poderão contribuir para tanto para a abordagem dos Cuidados Paliativos quanto para a psicologia, visto que são escassas as pesquisas que relacionam essas duas áreas.
6. Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir à vontade para continuar. A pesquisadora se comprometerá a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde na Clínica de Psicologia do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), no município de Rio do Sul, em Santa Catarina, caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar reestabelecido (a) emocionalmente para o término da entrevista.

7. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Vanessa Gontijo de Freitas, responsável pela pesquisa, no telefone (47) 9 8811-9183 ou no endereço: Rua Júlio Roussenq Filho, nº 255 – Bairro Jardim América – Rio do Sul - SC.
8. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelo telefone ou e-mail: Vanessa Gontijo de Freitas, e-mail: [vanessa.freitas@unidavi.edu.br](mailto:vanessa.freitas@unidavi.edu.br); número (47) 9 8811-9183 e Emilly Caroline Pereira, e-mail: [emillycaroline@unidavi.edu.br](mailto:emillycaroline@unidavi.edu.br); número (47) 9 9681-8230.
9. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.
10. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.
11. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.
12. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa que estará disponível de forma impressa no Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP), pertencente ao Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), localizado na rua Júlio Roussenq Filho, nº 255, bairro Jardim América, Rio do Sul- SC.
13. Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa, bem como não terei nenhum ônus para a minha participação.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Rio do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Responsável pelo projeto: Vanessa Gontijo de Freitas - Docente em Psicologia – Psicóloga Clínica – CRP 12/19.318. Endereço para contato: Rua Júlio Roussenq Filho, nº 255 – Bairro Jardim América, Rio do Sul – SC. Telefone para contato: (47) 9 8811-9183; E-mail: [vanessa.freitas@unidavi.edu.br](mailto:vanessa.freitas@unidavi.edu.br).

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa,13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para contato: (47) 3531-6026. [etica@unidavi.edu.br](mailto:etica@unidavi.edu.br).

**ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, \_\_\_\_\_, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada Lidando com finitude da vida: a Psicologia atuando em Cuidados Paliativos poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, os pesquisadores Emilly Caroline Pereira e Vanessa Gontijo de Freitas a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte com a finalidade de transcrição para uso do pesquisador, não havendo divulgação do som.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Pelo presente instrumento autorizo – por tempo indeterminado, a exibição e utilização de minha imagem, voz e todo o conteúdo gerado por mim para fins de produção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do curso de psicologia da UNIDAVI.
2. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
3. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
4. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
5. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
6. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Vanessa Gontijo de Freitas, e após esse período, serão destruídos e,
7. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Rio do Sul, Santa Catarina, \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura do pesquisador responsável

## APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

### Roteiro – entrevista semiestruturada

1. Como o serviço de Cuidados Paliativos é caracterizado no local que você atua?
2. Você atua sozinha? Caso sim, como você avalia a relação demanda/atuação?
3. De que maneira você busca se manter atualizada nessa abordagem?
4. Quais são os critérios de inserção dos pacientes na abordagem de CP no local onde você trabalha?
5. Quantos pacientes, em média, estão na abordagem de CP no local onde você atua? Quais doenças estão mais presentes nesse cenário?
6. A partir de que momento a psicologia começa a atuar em cuidados paliativos? Qual seu olhar sobre “tal momento”?
7. Em quais locais essa atuação ocorre? (Hospital, domicílio, clínica, etc...)
8. Como é a aceitação do paciente e da família em relação a necessidade desse tipo de cuidado?
9. Como é a interação com a equipe multidisciplinar?
10. A equipe conhece a importância do trabalho psicológico? Se não, como isso é trabalhado?
11. Como o paciente terminal é visto no ambiente hospitalar?
12. Se faz muito presente no hospital o modelo biomédico de saúde? O cuidado efetivamente perpassa por todas as dimensões do ser humano, como social, espiritual, familiar, física e outras?
13. Quais são as principais demandas dos pacientes em Cuidados Paliativos?
14. Como a morte é compreendida nesse contexto?
15. Como você definiria a morte?
16. Como o tema da morte é abordado com os pacientes? E com a equipe? E com os familiares?
17. Como é a interação da família com o profissional psicólogo?
18. Quais são os reais recursos que podem ser utilizados na prática para lidar com a tríade paciente-família e equipe de saúde?
19. O quão ativa é a atuação da psicologia em Cuidados Paliativos? Como é o apoio ao luto dos familiares? E o luto dos profissionais da saúde?
20. Você trabalha apenas com Cuidados Paliativos ou com outras demandas também?

21. Como seria uma atuação ideal da psicologia frente a essa demanda?
22. Qual é o lado positivo da atuação em CP? E o lado negativo?
23. Você encontra muitos desafios em sua prática? Em que âmbito estão concentrados os seus maiores desafios?
24. Como você percebe a importância dos CP na qualidade de vida dos pacientes?
25. Em sua opinião, as graduações da área da saúde proporcionam um conhecimento adequado sobre a morte?