

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO COM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS

THE PERFORMANCE OF THE PSYCHOLOGIST WITH PATIENTS UNDER PALLIATIVE CARE

Marllon Tadeo Wencelevski¹
Yasmin Adlih Santana Milanski²
Fernanda Fagnani Soares³

WENCELEVSKI, M. T.; MILANSKI, Y. A. S.; SOARES, F. F. A atuação do psicólogo com pacientes sob cuidados paliativos. **Akrópolis** Umuarama, v. 23, n. 2, p. 137-149, jul./dez. 2015.

RESUMO: Os cuidados paliativos configuram-se como os cuidados propostos aos pacientes cuja doença não é mais responsiva à cura, visando minimizar o máximo possível o sofrimento físico e psíquico provocados. Cabe salientar que estes cuidados não agem sobre a doença, mas sobre o paciente, buscando proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida. Os pacientes participam ativamente durante o processo, tendo sua autonomia preservada. Neste sentido, este trabalho foi desenvolvido com o objetivo de caracterizar a atuação do psicólogo perante esses pacientes que se encontram sob cuidados paliativos, verificando possibilidades de intervenções no processo. Foi possível analisar que o psicólogo é indispensável neste contexto, e inserido em uma equipe interdisciplinar, atua na compreensão do indivíduo como um ser biopsicossocioespiritual, respeitando-o em suas particularidades e oferecendo o apoio necessário ao paciente e sua família, criando condições favoráveis de adaptação diante da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia; Cuidados paliativos; Terminalidade.

ABSTRACT: Palliative care are defined as the care proposed to patients whose illness is no longer responsive to cure, thus aiming to minimize as much as possible the physical and psychic pain it can provoke. It is important to note that these care treatments do not work on the illness itself, but on the patient, hoping to give him a better quality of life. Patients actively participate during the process, having their autonomy preserved. In that sense, this study was developed with the objective of characterizing the performance of the psychologist faced with patients under palliative care, checking for possible interventions in the process. It was possible to define the psychologist as indispensable in this context, and when in an interdisciplinary staff, he can act in understanding the individual as a bio-psycho-spiritual being, respecting him in his particularities and offering the necessary support to the patient and his family, thus creating favorable conditions for adaptation of the disease.

KEYWORDS: Psychology; Palliative care; Terminality.

¹Discente do 4º ano de Psicologia da Universidade Paranaense – UNIPAR, Campus Cascavel. Email: gally.ks@gmail.com. Endereço: Rua Publio Pimentel, 1679. CEP: 85805-270.

²Discente do 4º ano de Psicologia da Universidade Paranaense – UNIPAR, Campus Cascavel. Email: yasmin_milanski@hotmail.com. Endereço: Rua Guaraniaçú, 1127, Cascavel-PR. CEP: 85816-260.

³Docente do curso de Psicologia da Universidade Paranaense – UNIPAR, Campus Cascavel. Psicóloga Clínica e Hospitalar, Especialista em Psicanálise, Avaliação e Acompanhamento de Cirurgia Bariátrica. Email: fernandafs@unipar.br. Endereço: Rua Presidente Bernardes, 1003, Cascavel – PR. CEP: 85812-020.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho será desenvolvido a partir de pesquisas bibliográficas com o objetivo de caracterizar o trabalho do profissional da psicologia frente à pacientes sob cuidados paliativos. A partir deste trabalho, busca-se compreender a importância do psicólogo inserido neste contexto devido à sua percepção do outro como um ser singular e subjetivo, e este em processo de adoecimento necessita que suas demandas emocionais sejam amparadas.

Primeiramente serão abordados como se caracteriza a terminologia de pacientes terminais, conceito de morte e cuidados paliativos, para que a partir da compreensão destes conceitos finalmente seja descrita a atuação do psicólogo neste contexto, verificando quais intervenções podem ser realizadas durante o processo e nos que elas se baseiam.

De acordo com Figueiredo (2008 apud PORTO, LUSTOSA, p. 85) os cuidados paliativos referem-se ao trabalho efetuado por uma equipe interdisciplinar com enfermos que não respondem a um tratamento curativo.

Neste processo, busca-se garantir ao paciente que este seja livrado da dor o quanto for possível e que seja cuidado, não havendo perda de sua identidade social e nem de seu controle sobre seu tratamento. Este paciente será escutado e compreendido como uma pessoa em sua totalidade e poderá escolher onde deseja morrer (PESSINI, 2006).

Juntamente com a equipe, o psicólogo atua neste contexto oferecendo condições ao paciente para que ele enfrente a situação e descubra um novo significado para sua vida, realizando este trabalho por meio do acolhimento, do respeito pelo indivíduo em todas as suas dimensões e da preservação de sua autonomia durante todo o processo (FIGUEIRO & BIFULCO, 2008 apud PORTO, LUSTOSA, 2010).

PACIENTES TERMINAIS

No que diz respeito à concepção do que é um paciente terminal, Gutierrez (2001) expõe que isso não é fácil de ser consolidado, mesmo que muitos profissionais tenham uma opinião em relação ao assunto. O autor destaca que o obstáculo talvez não esteja em reconhecer a situação, mas sim em dar a ela um objetivo.

Para Kovács (2009), a concepção está

relacionada com o século XX, devido às modificações do percurso das doenças, quando estas em outros tempos causavam subitamente a morte. Ainda hoje muitas doenças são incuráveis, mas devido ao avanço da tecnologia, medicina e da farmacologia, é possível que muitos pacientes vivam por anos sob cuidados.

Há uma classificação de três estágios das doenças: o Estágio 1, caracterizado pelo aparecimento dos sintomas até o diagnóstico, o Estágio 2 representando o período de tratamento que se inicia após o diagnóstico, com a finalidade de combater a doença, e o Estágio 3 quando a cura não é possível (WEISMAN, 1972, apud KOVÁCS, 2009).

Nesses estágios, cada paciente pode apresentar variadas necessidades que devem ser consideradas. Kovács (2009) cita alguns sofrimentos que o indivíduo pode vivenciar nesses períodos, como o distanciamento dos familiares e do trabalho, perda do controle sobre o próprio corpo, dor, medo, entre outros. Além disso, cada um pode vivenciar tais sofrimentos com intensidades diferentes, visto que cada um possui suas próprias particularidades.

Estudos como o de Gutierrez (2001) buscam determinar com mais exatidão o desenvolvimento da doença e avaliar qual será a direção que o paciente irá seguir, expondo aspectos populacionais e epidemiológicos mais adequados, o que provoca a ineficácia quando se trata de individualidade. Sendo assim, é aberto um espaço para a reflexão que percebe o paciente enquanto terminal inserido em um conjunto de circunstâncias singulares, que vai além dos conceitos biológicos.

“Do ponto de vista subjetivo, terminal passa a ser qualquer pessoa, a partir do momento em que percebe ou fantasia a morte como uma realidade próxima e possível. Sente sua proximidade, sua vizinhança, e posiciona sua existência diante dessa tomada de consciência” (Barrêto, 1992, p. 287).

Devido à larga extensão deste conceito, Barrêto (1992) distingue quatro classes de pacientes terminais, apresentadas a seguir:

OS VERDADEIRAMENTE TERMINAIS

Caracterizada pelos pacientes que se encontram em uma situação de fatalidade que resulta na morte. Esses pacientes não apresentam possibilidades de cura, como exemplo, al-

guns portadores de câncer que são encaminhados para os cuidados paliativos.

OS POTENCIALMENTE TERMINAIS

Referem-se a grande parte dos pacientes de UTI portadores de graves doenças. Estes podem tanto recuperar-se como tornar-se terminais.

OS PSEUDOTERMINAIS

São aqueles que percebem sua realidade de forma equívoca, que conseqüentemente resulta em uma desapropriada resposta do sistema imunológico e favorecendo o agravamento da patologia. Sendo assim, ocasionalmente acabam por tornarem-se terminais. Estes pacientes mantêm suas fantasias veladas. Podem criar um pré-conceito em relação aos profissionais da saúde, acreditando que estes não revelam todas as verdades. Muitas vezes veem a si mesmos por meio da percepção que acreditam que os outros possuem de sua condição.

OS MENTALMENTE TERMINAIS

Caracteriza a classe dos pacientes que primeiramente processam a morte na mente. Podem tanto ser aqueles cujo sentimento revela a felicidade e realização por terem cumprido sua missão em uma vida repleta de sentido, como também os deprimidos, os desolados, os que vivenciam constantemente uma realidade desgastante.

Ao apresentar, em um contexto psicossocial, os conceitos a respeito do momento em que a morte se inicia, Kastenbaun (1981 apud BARRÊTO, 1992) declara que a chegada da morte está na percepção dos fatos, quando o paciente os compreende e quando não é mais possível resguardar a vida.

De acordo com Angerami (1999), a morte é inevitável para a humanidade. Uma forma de amparo para com aquele em situação próxima da morte é também a compreensão de que todos nós temos um fim.

Reconhecer e aceitar que não há mais meios de alcançar a cura não implica em não haver a possibilidade de algo a mais ser feito. Frente à essa realidade é que inicia-se o processo de cuidados paliativos, realizados com o paciente e sua família, buscando o alívio e con-

trole dos sintomas que geram sofrimento e o desenvolvimento da autonomia, possibilitando um posicionamento diante do término da vida (GUTIERREZ, 2001).

MORTE

O esclarecimento a respeito da morte pode parecer simples, pois esta é a única certeza na vida. Porém, é importante lembrar que a morte pode ser interpretada de várias maneiras, como por exemplo, por meio de aspectos filosóficos, orgânico e legal. Porém, dentro de qualquer aspecto, ela recebe influência da cultura vigente (PAZIN-FILHO, 2005).

A morte é parte do ciclo de vida do ser humano. Na visão biológica é algo natural. O ser humano, de acordo com a sua cultura e desenvolvimento, credita significações e valores para a morte. A morte é inevitável, mas o significado que cada ser humano atribui à ela irá variar de cultura para cultura, de indivíduo para indivíduo, ou seja, a representação é singular (COMBINATO, QUEIROZ 2006).

A religião e a filosofia sempre buscaram compreender a origem, assim como o destino do ser humano. Os budistas, por exemplo, consideram a morte como um momento de máxima consciência, em que o homem poderá lembrar-se de suas outras vidas e mortes (KOVÁCS, 2002).

Já na cultura ocidental, o homem vê a morte como um fracasso, há um sentimento de impotência e vergonha. A todo instante está tentando evitá-la, buscando em seus projetos a negação da morte (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

“Então não há só uma morte, mas várias, durante todo o processo evolutivo. Esta é a minha crença, assim como cada pessoa tem a sua” (KOVÁCS, 2002, p. 1).

Ao estudar culturas antigas, é possível perceber que o homem sempre se esquivou da morte. Para a psiquiatria, isso acontece porque, no inconsciente, a morte é inaceitável quando se trata da própria vida. A morte é vista como relacionada a uma ação de mau caráter, maligna (KÜBLER-ROSS, 2005).

Ainda sobre o inconsciente, a autora também aponta que, nesta estrutura, não é possível diferenciar desejo de realidade. Como não é feita a separação entre a vontade de matar alguém e o ato de matar, a criança não consegue distin-

guir essas duas coisas. Quando, por exemplo, sente raiva da mãe por esta não corresponder aos seus desejos e conseqüentemente deseja que ela morra, se isto realmente acontecer, a criança poderá se sentir traumatizada e culpada.

Os sentimentos de aflição, vergonha e culpa não se distanciam tanto da raiva e da fúria. Um exemplo disto são os hebreus, que viam o corpo falecido como impuro e intocável, e os antigos índios americanos que lançavam flechas no ar para expulsar espíritos maléficos. Muitos rituais presentes nas culturas representam tal sentimento de raiva. Até mesmo enterrar o corpo em um túmulo pode significar enterrar espíritos do mal. A partir disso, a percepção é a de que o ser humano, ao longo do tempo, praticamente não mudou, pois ainda encara a morte como algo tenebroso (KÜBLER-ROSS, 2005).

Para Kovács (2003) a forma como o indivíduo encara a morte influenciará no modo de como ele encara a sua vida e o seu modo de ser. Segundo a autora, algumas pessoas acreditam que a questão da morte só aparecerá no final da vida, mas na verdade ela está presente desde o nascimento. Ao vivenciar a morte, descobrir o sentido da mesma se manifesta o sentido da vida, tendo uma visão clara de que na morte o indivíduo alcança a totalidade do ser.

“O que mudou foi nosso modo de conviver e lidar com a morte, com o morrer e com os pacientes moribundos” (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 9).

A autora Kübler-Ross cita cinco estágios da morte vivenciados pelos pacientes terminais:

NEGAÇÃO

Caracterizada pela tomada de consciência do sujeito que este se encontra em fase terminal. Ele não acredita no que ouve, e procura uma explicação para não aceitar isso. Alguns pacientes chegam até a procurarem outros profissionais, realizarem outros exames na tentativa de provarem que o diagnóstico está errado. Kübler-Ross (2005) encara este estágio como normal e saudável, que pode até ajudar o sujeito a lidar com a situação futuramente.

RAIVA

O segundo estágio é o da raiva, que se apresenta quando o sujeito não consegue mais sustentar seu movimento de defesa, que é a ne-

gação. Essa negação, então, acaba se transformando em raiva, e o sujeito fica se perguntando exaustivamente o porquê isso está acontecendo com ele. Nesse estágio o sujeito acaba projetando sua raiva na família ou no ambiente hospitalar, e torna-se muito difícil para seus familiares lidarem com isso. É importante tentar compreender a origem dessa raiva toda. Ao se dar conta e não utilizar mais da negação, o sujeito percebe que todos os seus processos podem estar com os dias limitados e contados, o que se torna frustrante para a maioria dos pacientes (KÜBLER-ROSS, 2005).

BARGANHA

Neste terceiro estágio, o sujeito procura encarar de outra maneira seu problema. Busca ganhar mais tempo de vida. Os indivíduos que sofrem com dores, buscam alguns dias sem essas dores. Geralmente essa barganha é com alguma divindade, como, por exemplo, Deus. Os pacientes fazem promessas para ganhar mais tempo. A autora acredita que essas promessas podem ser derivadas de alguma culpa secreta e desconhecida, por isso é importante que a equipe hospitalar dê atenção à isso (KÜBLER-ROSS, 2005).

DEPRESSÃO

A depressão é o quarto estágio, e nela o sujeito começa a se deparar e a encarar situações em que a negação e raiva não conseguem serem mais mantidas. Ele irá se deparar com um sentimento de perda. Quando se trata de pacientes mulheres que têm filhos, por ser um processo de acompanhamento médico difícil, dependendo do caso algumas mães precisam levar seus filhos para a casa de parentes, o que aumenta a tristeza e o isolamento dessa paciente. Conseqüente, os sintomas de depressão aumentam e ressaltam o sentimento de culpa que essas mães podem ter. É fundamental levar em conta o sofrimento ao qual o paciente se submete ao receber seu diagnóstico (KÜBLER-ROSS, 2005).

ACEITAÇÃO

Representa o último estágio, na qual o sujeito muitas vezes encontra-se fraco e cansado devido aos processos médicos e até pelo seu

esforço emocional ocorrido nos outros estágios. Finalmente ele entra em um estado de calma e aceita a sua situação. É importante ressaltar que a aceitação não é sinônimo de felicidade, mas devido ao desgaste vivenciado, é como se a dor houvesse sido dissipada. No entanto, há alguns sujeitos que não conseguem chegar até esse estágio, pois não cessam sua batalha contra a morte. Quanto maior o tempo de permanência nos outros estágios, maior será a dificuldade de chegada ao estágio de aceitação (KÜBLER-ROSS, 2005).

Menezes (apud HERMES, LAMARCA, 2013) propõe a existência de um modelo de morte moderna, em que há uma crescente despersonalização e desumanização do paciente. Já no modelo contemporâneo, a equipe passa a compreender a morte e a posicionar-se diante dela de outra maneira, partindo em busca da minimização da dor e sofrimento do paciente e oferecendo uma rede de apoio à ele e sua família.

CUIDADOS PALIATIVOS

Conforme os divulgadores dos cuidados paliativos, essa prática de apoio visa a suavizar o sofrimento e não mais a busca pela cura, nascendo em oposição ao cuidado tecnológico em que o doente não participa das decisões referentes a ele mesmo. Com a efetivação desta prática, o morrer começou a ser discutido entre doentes, familiares e profissionais, produzindo um novo ramo voltado para a fase final da vida do indivíduo (MENEZES, 2004).

O cuidado tecnológico se configura a partir do progresso da medicina e da tecnologia, sendo que os hospitais conseqüentemente também passaram por um processo de evolução, transformando-se em instituições que visam a cura. Foi dada uma grande importância ao uso da tecnologia como um cuidado com a saúde, não enfatizando os cuidados em sua totalidade. Dessa forma, pacientes terminais, assim como sua família, acabaram por não serem atendidos de acordo com suas necessidades (ABU-SAAD, COURTENS, 2001 apud RODRIGUES, 2004).

Diante disso, profissionais engajaram-se na busca pelos cuidados humanizados, a fim de dominar esta ausência de auxílio com os pacientes terminais (RODRIGUES, 2004).

Segundo Pessini et al. (2006), no contexto de saúde, humanizar os cuidados implica em respeitar a essência do ser humano e sua

individualidade, proporcionando ao paciente que este encare de maneira positiva os obstáculos, e qualificando a relação estabelecida entre profissional e paciente.

Dunlop (1998) e Pessini e Bertachini (2004, apud Floriani e Schramm, 2007, p. 2127) discorrem que os cuidados paliativos “começaram a ser organizados há cerca de quarenta anos, tendo em seu arcabouço teórico - conhecido como filosofia do moderno movimento *hospice* - o cuidar de um ser humano que está morrendo, e de sua família, com compaixão e empatia”.

Esse movimento surgiu no Reino Unido com o propósito de expandir os cuidados para além da doença e da cura (RODRIGUES, 2004).

Hospice é uma palavra francesa derivada da tradução da expressão latina *hospitium*, que tem como significado hospitalidade, referindo-se ao ato de acolher. Portanto, *hospitium* está relacionado ao ambiente e também ao laço criado entre os indivíduos (ABU-SAAD, COURTENS, 2001, apud RODRIGUES, 2004).

“O Projeto *Hospice* - ou seu sinônimo, a proposta dos Cuidados Paliativos – busca minorar o máximo possível a dor e demais sintomas dos doentes e, simultaneamente, possibilitar maior autonomia e independência dos mesmos” (MENEZES, 2004, p. 36).

Durante o período da Idade Média haviam muitos *hospices* que amparavam doentes, famintos, pobres, entre outras pessoas que apresentavam dificuldades. Estes locais tinham como intenção proteger, tranquilizar e atenuar o sofrimento (ANCP, 2009).

“A transformação dos ‘*hospices*’, tal como hoje se apresenta, deveu-se à enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders que fundou o Saint Christopher’s Hospice, na Inglaterra, no ano de 1967, dando uma nova dimensão aos cuidados paliativos” (DUNLOP; HOCKLEY, 1998; TWYXCROSS, 2000; ABU-SAAD; COURTENS, 2001, apud RODRIGUES, 2004, p. 14-15).

Durante três anos, Saunders efetuou treinamentos na área de enfermagem no St. Thomas’s Hospital, localizado em Londres. Devido ao trabalho realizado com um paciente com câncer, percebeu as necessidades dos indivíduos que se encontram frente à morte. No ano de 1957 formou-se em medicina, e desde o ano 1960, então, destinou-se a propagar esta nova forma de apoio oferecido no final da vida. Além

disso, exigiu como necessidade a criação de uma medicina desenvolvida especialmente para uma etapa da vida e da doença, voltada para o controle dos sintomas do paciente enfermo (MENEZES, 2004).

Na década de 70, os hospitais aderiram os cuidados paliativos e criaram equipes para trabalhar com esses cuidados, visto que, diante das pesquisas realizadas no Reino Unido, muitos ainda faleciam em hospitais, mesmo com a existência dos *hospices* (DUNLOP, HOCKLEY, 1998 apud RODRIGUES, 2004).

Os estudos de Saunders também deram origem à concepção de dor total, levando em conta que a dor física está vinculada às dores psicológica, social e espiritual, o que determinou a importância dos cuidados com o paciente e seus familiares, que envolvem a participação de uma equipe interdisciplinar, o atendimento domiciliar e a assistência oferecida à família no período de luto (BOULAY, 1996, apud RODRIGUES, 2004).

Os autores Oliveira, Sá e Silva (2007) deixam claro que os cuidados paliativos não simbolizam a falta de cuidados e tratamento, mas os oferecem considerando o paciente em todas as suas dimensões, buscando favorecer-lhe naquilo que lhe é confortável.

Dessa forma, consistem em oferecer assistência e apoio às pessoas portadoras de alguma doença terminal, buscando aliviar os sintomas que lhe causam fragilidade, tais como sofrimento físico, emocional e espiritual. Esses cuidados são proporcionados àqueles cuja doença não apresenta uma possibilidade de cura, portanto têm como finalidade promover uma melhor qualidade de vida neste processo. (SILVA, SUDIGURSKY, 2008).

Referente às dimensões que causam sofrimento ao paciente, Pessini (2006) as descreve como:

DIMENSÃO FÍSICA

Surge de alguma alteração no corpo, provocando dor e representando que algo no funcionamento do organismo não está bem.

DIMENSÃO PSÍQUICA

Pode ser composta por múltiplos fatores, como, por exemplo, o enfrentamento da morte. Sentimentos como mudanças de humor, perda

do domínio sobre o processo de morte, falta de esperanças, sonhos e o desejo de se redefinir podem surgir.

DIMENSÃO SOCIAL

Caracterizada pelo isolamento devido às dificuldades de comunicação com o outro durante o processo de morte. Pode haver também o sentimento de perda do papel social familiar, tendo como exemplo um pai enfermo que necessita dos cuidados dos filhos.

DIMENSÃO ESPIRITUAL

Caracterizada pela perda de esperança e significado.

Ao distinguir espiritualidade de religiosidade, Walter (2002 apud Saporetti, 2008) conceitua que a primeira é compreendida como mais essencial, pura e ligada diretamente à alma e ao sublime, enquanto a segunda recebe influências socioeconômicas, culturais e políticas. Para Barbosa (2003 apud QUEIROGA, 2013), a espiritualidade é um componente que muito se evidencia no contexto de cuidados paliativos, principalmente quando há na consciência a chegada da morte.

Visto que a espiritualidade é um dos aspectos fundamentais nesse processo, Saporetti (2008) aponta que para trabalhá-la é necessário reconhecer a sua relevância na vida do paciente e de seus familiares e refletir sobre as maneiras de inseri-la nos cuidados com o paciente.

Textos que discutem a respeito de cuidados paliativos assinalam sobre a necessidade de esses cuidados serem administrados não somente nos momentos finais da vida, mas também em todo o processo de evolução da patologia (REGO PALÁCIOS, 2006, apud SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Este processo ocorre por meio de intervenções que são realizadas com maior enfoque no paciente e não na sua doença, sendo que este paciente participa ativamente do processo. Há a presença de uma equipe interdisciplinar que se dispõe a acolher não só o paciente, mas como também sua família (FLORIANI, SCHRAMM, 2007).

As intervenções objetivam conceder ao indivíduo apoio espiritual e psicoterapia, além do controle dos sintomas que lhe provocam sofrimento, desde a descoberta de seu diagnóstico até o seu falecimento. Com a família, também

há a prática da psicoterapia e apoio espiritual e social, ampliando este apoio para o período de luto (ANCP, 2009).

As ações paliativas devem agrupar os conhecimentos e aptidões da equipe interdisciplinar para então colaborar no desenvolvimento da reflexão e autonomia do paciente ao encarar a doença, e sua melhor adaptação frente às alterações causadas por ela. Essa equipe interdisciplinar deve conter, no mínimo, um profissional de cada das seguintes áreas: medicina, enfermagem, psicologia, serviço social e, de acordo com as necessidades do paciente, da área da reabilitação, sendo exigido desses profissionais o conhecimento da teoria e prática dos cuidados paliativos (ANCP, 2009).

Ao executar as ações paliativas, a comunicação é indispensável na relação entre profissionais, paciente e família. Ela tem por finalidade consolidar uma relação de ajuda, em um meio apropriado para que o paciente e seus familiares sintam-se à vontade para expor suas angústias, medos, pensamentos, sentimentos e significados. Para que haja confiança nesta relação, é importante que o profissional adquira uma postura verdadeira e sincera, repassando as informações reais (SILVA, SUDIGURSKY, 2008).

Outro determinante é a importância do respeito pelas decisões do paciente que implica em compreender que, mesmo que estas não sejam vistas como melhores para a situação específica, ainda assim são somente suas e estão baseadas em seus pensamentos, convicções e valores de vida (CASTRO, 2001).

Menezes (2004) evidencia que o importante é que o indivíduo que se encontra perto da morte é que possua controle de todo o processo, fazendo suas escolhas baseadas nas informações sobre os métodos que julgar melhor para si.

De acordo com Castro (2001), determinar qual conduta seguir em relação aos pacientes terminais exige conhecimento dos princípios éticos que orientam a Bioética: autonomia, beneficência (caracterizado por promover o bem-estar), não maleficência (implica em não provocar danos) e justiça.

Castro (2001) complementa que, para que a autonomia do paciente seja exercida na relação com o profissional, é preciso que ele possua independência, assim como o desejo de agir, representando que possui manejo de sua capacidade ética. E isto também depende da

boa e honesta comunicação dos profissionais com o paciente sobre todo o processo que envolve seu estado de saúde.

Cabe salientar que no começo do século XIX, cabia aos profissionais tomarem as decisões sobre o que deveria ser feito. Somente após o século XX foi que isto mudou, tornando-se um dever do profissional obter a permissão do paciente, informando-o antecipadamente (OLIVEIRA, SÁ, SILVA, 2007).

Durand (2003, apud OLIVEIRA, SÁ, SILVA, 2007) apresenta que, dentro da bioética, a autonomia, quando se trata do paciente, não implica em apelar apenas à sua autodeterminação, mas também auxilia-lo para que chegue até o seu limite, descobrindo e escolhendo aquilo que concorda com o respeito à dignidade humana.

Para Comparato (1990 apud EMERIQUE, GUERRA, 2006), a dignidade caracteriza-se não apenas no fato de que a pessoa é considerada como um fim e si mesma e não como um recurso para a conquista de algo, é também uma consequência de que somente a pessoa possui capacidade de orientar-se pelas regras que ela mesma cria.

A determinação do indivíduo a respeito do que irá ser feito ou não depende de seu conhecimento acerca da doença e da morte, a manifestação de suas vontades e sentimentos para seus familiares e a escuta e ação de seus responsáveis (MENEZES, 2004).

Kovács (2009) discorre que, mesmo frente à morte, o paciente ainda é alguém vivo e que possui desejos. Resgatar esses anseios possibilita um significado da vida. A autora também aponta circunstâncias em que o paciente se encontra inconsciente ou incapaz de decidir. Desta forma a escolha é limitada aos familiares e à equipe, sendo o princípio da beneficência prevaletido, e mesmo assim a beneficência é relativa, pois cada ser humano a compreende de uma maneira.

Segundo Costa, Koerich e Machado (2005), a beneficência está ligada ao compromisso de prestar ajuda ao outro conforme o interesse deste. Deve-se levar em consideração o valor moral do outro. O profissional assume o dever de analisar os possíveis riscos e benefícios, buscando aquilo que é favorável e diminuindo perigos e danos.

Gotay (1993, apud KOVÁCS, 2009), ao discorrer sobre os cuidados paliativos, cita os programas inseridos neste contexto, apresen-

tando-os como: Unidades de internação, com instalações adequadas e que possibilitam a presença dos familiares; Ala de cuidados paliativos em hospitais gerais; Atendimento domiciliar, na qual uma equipe realiza atendimentos regulares na residência do paciente; Hospitais-dia ou centros de convivência, e Hospitais-dia ou centro de convivência, que oferecem tratamento ao paciente sem interná-lo.

Desde a origem do primeiro *hospice*, os cuidados paliativos vêm se propagando em três níveis intimamente relacionados. O primeiro refere-se à produção social e disseminação de suas ideias nos meios de comunicação, como jornais, revistas, televisão, internet, cursos, entre outros. O segundo nível diz respeito à origem e desenvolvimento dos Cuidados Paliativos como uma educação científica por meio de cursos, seminários, treinamento de profissionais, assim como a implementação de entidades que trabalhem com cuidados paliativos. O terceiro e último nível está relacionado aos cuidados paliativos realizados em atendimentos domiciliares, internamento ou em ambulatório (MENEZES, 2004).

O vocábulo *hospice*, que antes se referia à um determinado local, nos Estados Unidos acabou transformando-se em uma concepção de cuidado. “O termo cuidado paliativo foi gradualmente trazido ao dicionário, como sinônimo de cuidado de ‘*hospice*’” (ABU-SAAD; COURTENS, 2001 apud RODRIGUES, 2004, p. 22).

No Brasil, debates acerca dos cuidados paliativos surgiram desde a década de 70, porém, somente na década de 90 é que realmente desenvolveram-se os primeiros serviços experimentais. O professor Marco Túlio de Assis Figueiredo foi quem realizou o primeiro curso e atendimento com base na teoria paliativista. Vale destacar que o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estreou o Hospital Unidade VI no ano de 1998, voltado unicamente para os cuidados paliativos (ANCP, 2009).

Outros serviços se tornaram pioneiros na história do Brasil, porém, quando se originou a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, em 2005, foi que houve um grande progresso institucional. No ano de 2009, enfim, o Conselho Federal de Medicina insere em seu Código de Ética os cuidados paliativos como fundamento básico (ANCP, 2009).

Em outros países, os cuidados paliativos ampliaram-se de maneiras diferentes. Na Europa, na década de 70 até 90 os programas re-

lacionados a esses cuidados expandiram-se. A Inglaterra é considerada hoje o país que mais abrange os cuidados paliativos, deixando a Espanha em segundo lugar (JORNADA INTERNACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DO IAMSPE-HSP, 2003 apud RODRIGUES, 2004).

Já a França aderiu aos cuidados em 1980. Primeiramente, o trabalho era realizado com idosos, mais tarde chegando até os pacientes terminais (PESSINI, 2001, apud RODRIGUES, 2004).

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO COM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS

Diante do adoecimento, o indivíduo quando é hospitalizado se encontra em situação de fragilidade física e também emocional. Em virtude disso, a prática da psicologia na área da saúde tem sido importante para a compreensão do ser humano em todas as suas dimensões (PESSINI & BERTACHINI, 2004 apud PORTO, LUSTOSA, 2010).

Fongaro e Sebastiani (1996 apud FOSSI, GUARESCHI, 2004) pontuam que a Psicologia Hospitalar visa a qualidade de vida de quem necessita de seu trabalho e também dos próprios profissionais envolvidos, e as ações realizadas pelo psicólogo dentro do hospital demonstram a visão do homem como biopsicossocioespiritual que deve ser respeitado e ter sua dignidade conservada.

Frente à terminalidade da vida humana, o profissional da psicologia tem como objetivos atenuar o sofrimento e ansiedade do enfermo. Sua atuação é igualmente essencial no nível de prevenção e nas fases do tratamento (HERMES, LAMARCA, 2013).

Angerami (1999, p. 109) apresenta que o terapeuta, ao estar vivenciando a situação juntamente com o paciente em fase terminal, necessita assumir “*determinados questionamentos e valores em relação à morte e ao ato de morrer*”. Porém, isso não implica na sua insensibilidade frente à morte. Ao se tratar de morte, o psicólogo primeiramente precisa encarar seu próprio medo e negação, para então compreender a negação do paciente e até mesmo da instituição (TORRES, GUEDES, 1987).

Nas palavras de Franco (2008), é necessário que o profissional, ao trabalhar no contexto de cuidados paliativos, seja sincero consigo mesmo em relação às questões de vida e mor-

te e também espiritualidade. Este autoconhecimento é enriquecedor, e ao ser desenvolvido pelo psicólogo e equipe, refletirá beneficemente na relação com o paciente.

Ainda sobre Franco (2008), o psicólogo, para trabalhar com cuidados paliativos, deve ter desenvolvido algumas características para que o seu trabalho seja mais eficaz, como, por exemplo, a escuta ativa, capacidade de prestar suporte no adoecimento, possuir uma boa comunicação, ter conhecimento das situações que pode encontrar no desenvolvimento dos cuidados (resistência da família do paciente, os conflitos e o desgaste proporcionado pela situação).

Castro (2001) discorre que, quando feito o diagnóstico, o psicólogo pode atuar como um coadjuvante para que o paciente e sua família se adaptem psicologicamente diante das circunstâncias. Em relação à equipe de trabalho, ele pode auxiliá-la a preparar-se para comunicar o diagnóstico, e para possíveis respostas emocionais do paciente e até mesmo da própria equipe. Essas respostas podem se apresentar como incerteza, ansiedade, aflição, fragilidade, desesperança (VIEIRA, 2010).

Nesta direção, Franco (2008) coloca que uma das contribuições do trabalho do psicólogo em relação à equipe encontra-se em facilitar a assimilação do processo pelo qual paciente e família vivenciam diante da doença, de modo que determinados comportamentos vistos como inesperados ou incompreensíveis sejam então compreendidos. Neste processo, o que se estabelece é a necessidade de trabalhar com a dor, o desconforto, a debilitação, o estresse provocado pelos procedimentos e o institucional, a preparação para a morte, ou seja, funções difíceis de serem executadas e que carecem da presença do psicólogo para intervir com paciente, família e equipe, preparando-os e oferecendo apoio nestas situações.

Posteriormente, ao trabalhar as adversidades, ocorre o processo de restauração da realidade que agora envolve a doença e, como consequência, as mudanças provocadas por ela (YAMAMOTO, CUNHA, OLIVEIRA, 1998 apud VIEIRA, 2010). Dessa forma, as intervenções realizadas devem atentar-se ao conhecimento dos sentimentos do paciente, respondendo de maneira empática e acolhedora, devem demonstrar atenção por parte do profissional, de modo que o paciente entenda que o que ele está expressando será levado em consideração, e um planeja-

mento de fortalecimento de vínculo entre paciente e seus familiares (VIEIRA, 2010).

Constata-se que a atuação do psicólogo com cuidados paliativos implica em agir sobre aquilo que desencadeia estresse e sofrimento, não esquecendo de que a autonomia do sujeito deve ser preservada, além de oferecer apoio à sua família (HERMES, LAMARCA, 2013).

Morais (2010) destaca que a intenção de trabalhar a autonomia com o paciente demonstra que o seu desejo será mantido em primeiro lugar, evitando que uma escolha parcial seja realizada sem o seu consentimento.

Já ao trabalhar com a família, o psicólogo deve apoiá-los e compreendê-los, clarificando suas vivências emocionais e fortalecendo o vínculo entre eles (MENDES, LUSTOSA, ANDRADE, 2009). Também como há a possibilidade de identificar no paciente alguma característica que precise de uma atenção e cuidados imediatos, e esse trabalho faz com que a família também seja um agente ativo na equipe (FRANCO, 2008).

Nunes (2009 apud HERMES, LAMARCA, 2013) aponta que o psicólogo pode auxiliar na comunicação a respeito da doença e do tratamento, pois muitas vezes a família do paciente acredita que esconder as reais informações dele é o melhor a se fazer. Em cuidados paliativos isso é conhecido como a conspiração do silêncio, portanto, ao estabelecer essa comunicação com o paciente e seus familiares, o psicólogo ajuda para que estes discorram sobre a situação, o que propicia também no planejamento do trabalho que será realizado com o paciente para auxiliá-lo no enfrentamento da doença.

Outra importante cooperação do psicólogo refere-se à sua capacidade de analisar relações interpessoais, que muito contribui para a humanização da instituição (ANGERAMI, 1999).

Para Esslinger (2004 apud PORTO, LUSTOSA, 2010) pessoas que se encontram frente à morte precisam de outro alguém que esteja presente na dor, o que possibilita o compartilhamento de suas angústias, assim como também suas esperanças. Esslinger (2004) denominou isso de morte anunciada, que se apresenta como o apoio oferecido ao paciente, possibilitando-o de dar um significado para sua experiência de morte ou novo significado para sua vida.

Castro (2001) ressalta que o sofrimento gerado pelo processo de morrer é particular, está relacionado com sua história de vida, e conseqüentemente com a sua qualidade de

vida. É fundamental que a equipe de profissionais responsável pelo paciente considere seu sofrimento, pois muitas vezes, na busca de fazer tudo o que está ao alcance, os sentimentos não recebem devida atenção (PESSINI, 2000, apud CASTRO, 2001).

Sobre a importância de considerar e intervir nas dificuldades emocionais do paciente, Angerami (1999) evidencia que muitas patologias agravam-se devido ao seu comprometimento emocional. A atuação do psicólogo sobre esse aspecto representa uma compreensão a respeito da doença que muitas vezes a medicina não possui.

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2008, apud FERREIRA, LOPES, MELO, 2011), a cooperação do psicólogo baseia-se na concepção de doença como parte da mente, e de sua vivência expressada através do corpo. Dentro da equipe, é essencial que o psicólogo mantenha uma relação estável com os demais profissionais e partilhe conhecimento.

A partir dos referenciais de cuidados paliativos, a atuação do psicólogo pode ser caracterizada por promover o domínio sobre a dor e outros sintomas que causem sofrimento, trabalhar a morte como sendo um evento natural, proporcionar aos familiares o amparo necessário e ao paciente um tratamento em que este possa viver de maneira ativa, sendo respeitada sua autonomia, reunir as ações da equipe visando ofertar um tratamento amplo (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2007; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008; JUVER, 2007 apud FERREIRA, LOPES, MELO, 2011).

Para que seja trabalhada a morte como algo natural é preciso que haja confiança entre paciente e psicólogo. As fantasias que surgem e o anseio pela eternidade são os princípios para que a experiência vivenciada diante do final da vida ganhe um novo significado, e o trabalho do psicólogo dentro do contexto de cuidados paliativos exige dele estar atento às comunicações verbais e não verbais do paciente (INCONTRI & SANTOS, 2007; KOVÁCS, 2008 apud FERREIRA, LOPES, MELO, 2011).

A comunicação não verbal do paciente abrange uma gama de diversos sentimentos que muitas vezes não são possíveis de serem verbalizados, sendo estão representados por meio do corpo (ANGERAMI, 1999).

Além disso, a escuta e o amparo são também de extrema importância para se obter conhecimento acerca das necessidades reais do sujeito (OTHERO & COSTA, 2007 apud FERREIRA, LOPES, MELO, 2011). Com base nisso, e de sua fala a respeito de como está se sentido, a respeito de suas angústias, suas dores, e do confronto com questões pessoais e juízos de valores, o paciente pode dar início aos processos de aceitação, visando a boa morte (OTHERO e COSTA, 2007).

Angerami (1999), ao discutir sobre o papel do Psicólogo no hospital, salienta que, ao ser hospitalizado, o indivíduo passa por um processo de despersonalização, ou seja, ele passa a ser visto através de sua patologia. Ele deixa de ter seu próprio significado para ser compreendido por meio de diagnósticos. O autor expõe que “o estigma de doente irá fazer com que exista a necessidade premente de uma total reformulação até mesmo de seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal em suas formas conhecidas” (p. 16).

Ao combater essa despersonalização do paciente, o psicólogo colabora para que o hospital se torne humanizado, deixando o modelo que parte somente em busca da cura para buscar a reabilitação do sujeito e restaurar sua dignidade (ANGERAMI, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta pesquisa, foi possível atingir o objetivo de caracterizar o trabalho do psicólogo no contexto de cuidados paliativos, analisando as possibilidades de intervenções no processo.

Em uma realidade em que cada vez mais é crescente o avanço tecnológico que acaba por interferir nos cuidados propostos em hospitais, é visível a importância da humanização desses cuidados para que sejam aplicados com sensibilidade e empatia por quem os recebe.

Ao deparar-se com a morte, cada sujeito age de maneira singular. Diante disso, é evidente que os profissionais da saúde estejam capacitados para lidarem com os pacientes terminais, respeitando-os em suas particularidades.

Torna-se claro a necessidade do profissional da psicologia inserido no ambiente hospitalar para atuar, juntamente com a equipe interdisciplinar, na busca por proporcionar ao paciente e também à sua família os cuidados ne-

cessários que favorecem na qualidade de vida em seus momentos finais, cuidados esses que se expressam por meio do acolhimento, apoio, preservação, empatia e respeito.

Como Franco (2008) pontuou, outro determinante no trabalho do psicólogo neste contexto refere-se à sua função de manter a harmonia entre todos os profissionais envolvidos, atuando também na percepção da forma como paciente, família e equipe se comunicam entre si, consequentemente promovendo a efetividade dos cuidados.

Trabalhar com cuidados paliativos não implica em prolongar o sofrimento e angústia do paciente. Pelo contrário, implica em favorecer-lhe naquilo que lhe traz conforto e garantir o máximo possível condições físicas e emocionais apropriadas na última etapa de sua vida.

REFERÊNCIAS

ANCP - Academia Nacional de Cuidados

Paliativos. Nov. 2009. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>>. Acesso em: 03 abr. 2014.

ANGERAMI, V. A. **O psicólogo no hospital.** In: ANGERAMI, V. A. et al. **Psicologia hospitalar: teoria e prática.** 4. ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 1999.

ANGERAMI, V. A. **Pacientes terminais:** um breve esboço. In: ANGERAMI, V. A. et al. **Psicologia hospitalar: teoria e prática.** 4. ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 1999.

BARRÊTO, F. J. T. **A morte e o morrer:** a assistência ao doente mental. In: MELLO FILHO, J. de (Org.). **Psicossomática hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992. p. 287-296.

CASTRO, D. A. Psicologia e ética em cuidados paliativos. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2001, p. 44-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932001000400006&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 jun. 2014.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. **Morte:** uma visão psicossocial, Natal, v.11, n. 2, maio/ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000200010)

[294X2006000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000200010)>. Acesso em: 26 mar. 2014.

COSTA, E.; KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R. **Ética e bioética:** para dar início à reflexão. jan./mar. 2005, p. 106-110. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n1>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

EMERIQUE, L. M. B.; GUERRA, S. O princípio da dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial. **Revista da Faculdade de Direito de Campos**, a.7, n. 9, dez. 2006, p. 379-397. Disponível em: <<http://funorte.com.br/files/servico-social/13.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

FERREIRA, A. P. Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer*. **Rev. SBPH.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, jul./dez. 2011, p. 85-98. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582011000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2014.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. **Cuidados paliativos:** interfaces, conflitos e necessidades. Rio de Janeiro, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a17.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2014.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH.** Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2004, p. 29-43. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15160858200400100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2014.

FRANCO, M. H. P. **Psicologia.** In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). **Cuidado paliativo.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), 2008. p. 74-76. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/dl.php?bid=15>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

GUTIERREZ, P. L. O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira,** São Paulo, v. 47, n.1, abr./jun. 2001.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das

categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013, p. 2577-2588.

Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

KOVÁCS, M. J. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. *Revista Bioética*, Brasília, v. 6, n.1, nov. 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/326/394>. Acesso em: 08 jun. 2014.

KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, v.14, n. 2, p. 115-167, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: M. Fontes, 2005.

MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582009000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2014.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamong, Fiocruz, 2004. 228 p.

MORAIS, I. M. Autonomia pessoal e morte. **Revista Bioética**, v.18, n.2, p. 289-309, 2010.

OLIVEIRA, A. C.; SÁ, L.; SILVA, M. J. P. O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal. **Rev. bras. Enferm.** 2007, v. 60, n. 3, p. 286-290. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300007>. Acesso em: 05 jun. 2014.

OTHERO, M. B.; COSTA, D. G. Propostas desenvolvidas em cuidados paliativos em um hospital amparador – terapia ocupacional e psicologia. **Revista prática Hospitalar**, 2007.

PAZIN-FILHO, A. Morte: considerações para a prática médica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 38, n.1, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/419/420>>. Acesso em: 24 mar. 2014.

PESSINI, L. et al. **Humanização e cuidados paliativos**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

PORTO, G.; LUSTOSA, M. A. 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: 10 ago. 2014.

QUEIROGA, S. **Saúde, espiritualidade e sentido**: produção de cuidados em contexto hospitalar. Lisboa: ISCTE-IUL, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10071/6588>>. Acesso em: 01 set. 2014.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados paliativos**: análise de conceito. 2004. 231 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SAPORETTI, L. A. **Espiritualidade em cuidados paliativos**. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm.** Salvador, v. 21, n. 3, p. 504-508, 2008.

TORRES, W. C.; GUEDES, W. G. O psicólogo e a terminalidade. **Arq. bras. Psic.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 29-38, abr./jun. 1987. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/viewFile/19588/18312>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

VIEIRA, M. C. Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, nov./dez. p. 513-519, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/seven/Downloads/_ATUA%C3%87%C3%83O.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2014.

LA ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO CON PACIENTES BAJO CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMEN: Los cuidados paliativos se configuran como los cuidados propuestos a los pacientes cuya enfermedad no es más responsiva a la cura, visando minimizar el máximo posible el sufrimiento físico y psíquico provocados. Es necesario destacar que estos cuidados no actúan sobre la enfermedad, pero sobre el paciente, buscando proporcionarle una mejor calidad de vida. Los pacientes participan activamente durante el proceso, teniendo su autonomía preservada. En este sentido, esta investigación ha sido desarrollada con el objetivo de caracterizar la actuación del psicólogo delante esos pacientes que se encuentran bajo cuidados paliativos, verificando posibilidades de intervenciones en el proceso. Ha sido posible analizar que el psicólogo es indispensable en este contexto, e inserido en una equipe interdisciplinar, actúa en la comprensión del individuo como un ser biopsico-socioespiritual, respetándolo en sus particularidades y ofreciendo el apoyo necesario al paciente y su familia, creando condiciones favorables de adaptación delante de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Psicología; Cuidados Paliativos; Terminalidad.