

CONTRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA PARA O PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Leila Marieli Sassani¹
Drielle Sanches²

SASSANI, L. M.; SANCHES, D. Contribuições do profissional de psicologia para o paciente em cuidados paliativos. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. Umuarama. v. 26, n. 3, p. 705-724, set./dez. 2022.

RESUMO: Os cuidados paliativos englobam uma filosofia de cuidados que objetivam a promoção da qualidade de vida e alívio do sofrimento, tanto para o paciente fora de possibilidades de cura quanto aos seus familiares, de modo que possa integrar aspectos de ordem física, psíquica, social e espiritual. O presente artigo buscou, a partir do estudo de revisão bibliográfica, compreender o processo da morte e sua implicância psíquica na vida do paciente em cuidados paliativos para, posteriormente, elencar as possíveis contribuições do profissional de psicologia ao mesmo. Observou-se que a atuação do psicólogo nesse âmbito é de imensa importância, uma vez que o processo de adoecer e morrer permeiam a vida do ser humano, causando-lhe grande sofrimento. Percebeu-se também que as ações do psicólogo se dão no sentido de tornar a morte e seus impactos mais suportáveis, por meio da escuta, do acolhimento emocional, dentre outros aspectos importantes que se referem à sua natureza científica.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Revisão Bibliográfica; Morte; Psicologia.

CONTRIBUTIONS OF THE PSYCHOLOGY PROFESSIONAL TO THE PATIENT IN PALLIATIVE CARE

ABSTRACT: Palliative care encompasses a philosophy of care aimed at promoting quality of life and alleviating suffering, both for the patient with no chance of cure and for their family members, so that they can integrate physical, psychic, social and spiritual aspects. The present article sought, from the study of literature review, to understand the process of death and its psychic implications in the life of the patient in palliative care to, later, list the possible contributions of the psychology professional to it. It was observed that the role of the psychologist in this context is of immense importance, since the process of falling ill and dying permeates the life of human beings, causing them great suffering. It was also noticed that the psychologist's actions take place in the sense of making death and its impacts more bearable, through listening, emotional reception, among other important aspects that refer to its scientific nature.

KEYWORDS: Palliative care; Literature review; Death; Psychology.

APORTACIONES DEL PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA PARA EL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMEN: Los cuidados paliativos engloban una filosofía de atención que tiene como objetivo promover la calidad de vida y el alivio del sufrimiento, tanto para el paciente fuera de las posibilidades de curación como para sus familiares, de modo que puede integrar aspectos de orden físico, psicológico, social y espiritual. El presente artículo buscó, a partir del estudio de revisión bibliográfica, comprender el proceso de la muerte y su implicación psíquica en la vida del paciente en cuidados paliativos para, posteriormente, enumerar las posibles aportaciones del profesional de la psicología al mismo. Se observó que la actuación del psicólogo en esta área es de inmensa importancia, ya que el proceso de enfermar y morir impregna la vida del ser humano, causándole un gran sufrimiento. También se dio cuenta de que las acciones del psicólogo se dan con el fin de hacer más

DOI: [10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8824](https://doi.org/10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8824)

¹ Psicóloga. Especialista em Fundamentos da Clínica Psicanalítica pela Faculdade União de Campo Mourão (UNICAMPO). Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Servidora Pública Municipal no município de Cianorte – PR e docente na Universidade Paranaense (UNIPAR).

E-mail: leilamarielisassani@gmail.com

² Psicóloga. Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar pelas Faculdades Pequeno Príncipe. Docente do curso de Psicologia na Faculdade União de Campo Mourão (UNICAMPO). E-mail: driellesanches.psico@gmail.com

llevarla a la muerte y sus impactos, a través de la escucha, el apoyo emocional, entre otros aspectos importantes que se refieren a su carácter científico.

PALABRAS CLAVE: Cuidados Paliativos; Revisión de la Literatura; Muerte; Psicología.

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como intuito abordar, por meio de um viés psicanalítico, aspectos históricos e culturais referentes à morte e aos cuidados paliativos, bem como suas implicações. Também buscará abordar os impactos emocionais gerados na vida do indivíduo e esclarecer a respeito da importância da atuação do psicólogo juntamente ao paciente, visto que é influenciado continuamente por fatores que englobam toda a dimensão do ser. Para a construção deste artigo, utilizaram-se como referenciais teóricos alguns autores importantes que se pautaram em tal abordagem. Partiu-se do pressuposto de que, conforme Klüber-Ross (2008) afirma, a morte, como um dos aspectos referentes à vida, sempre foi e ainda pode ser considerada um tabu, algo medonho, pavoroso e de difícil aceitação para a maioria das pessoas.

Neste sentido, a autora pontua que “é inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para a nossa vida na terra e, se a vida tiver um fim, ele será atribuído a uma intervenção maligna fora do nosso alcance” (KLÜBER-ROSS, 2008 p.5). Por outro lado, Marco e Degiovani (2012, p.318) expõem que:

A atitude dominante, inspirada pela “inflação” científica, tem sido a de manter a vida a qualquer preço, tendo em vista que a morte não é mais considerada um evento natural, mas um fracasso da ciência.

Desse modo, compreende-se, portanto, que a relação do indivíduo com a morte bem como com a consciência de sua existência são fatores opressores da percepção de esperança para a sequência de vida, pois traz exortada em si a ideia de rompimento e de agressão com um ideal. Além disso, a ciência, ao trabalhar com evidências e fatos comprováveis, tem avançado assustadoramente no intuito de estender os dias de vida do paciente, sem atentar-se para os malefícios suplementares gerados nesta ordem. (KLÜBER-ROSS, 2008; MARCO; DEGIOVANI, 2000).

No entanto, Simonetti (2013) pontua que no momento em que a cura já não é mais possível, os cuidados paliativos ganham ênfase, uma vez que seu objetivo consiste em, com o auxílio de uma equipe multiprofissional especializada para lidar com questões referentes ao processo de adoecimento e morte, cuidar integralmente do paciente e de seus familiares, proporcionando qualidade de vida e alívio do sofrimento.

Partindo dessa conjectura, evidencia-se a necessidade de compreender tal assunto, principalmente no âmbito hospitalar, onde a passagem de vida à morte é constantemente percebida.

Desse modo, esta pesquisa buscará, por meio do estudo de revisão bibliográfica em fontes primárias, secundárias e terciárias, tratar, em um primeiro momento, sobre a história e a cultura da

morte. Em um segundo momento, o objetivo é levantar a reflexão sobre a questão dos cuidados paliativos, bem como de sua filosofia e prática. Em um terceiro momento, a pesquisa abarcará os aspectos psicológicos emergentes que envolvem o paciente durante o fim de sua existência. Após isso, em um quarto momento, serão apresentadas as possíveis contribuições da psicologia para a minimização destes conflitos, pois o psicólogo, como parte integrante da equipe multiprofissional, possui, a partir do conhecimento que tange à vida e seus aspectos subjetivos, condições de amenizar a dor total do paciente e proporcionar a ele possibilidades de enfrentamento e elaboração do luto.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E CULTURAL SOBRE A MORTE

Este e os parágrafos seguintes, que tratarão acerca da morte e suas implicações, estão ancorados na visão de Kovács (1992).

A autora pontua que a vida e a morte são assuntos antagônicos, porém, face de uma mesma moeda. Falar sobre a morte e seu entrelaçamento com a vida sempre foi algo delicado, pois o homem, desde a mais tenra idade, vive na tentativa de driblar esse assunto, agindo como se ela não existisse. Por ser envolvida de mistérios e tabus, principalmente porque se trata do desconhecido, a morte tornou-se um assunto incômodo, sendo representada como sinônimo de derrota e fracasso.

A morte e o morrer fazem parte do processo de desenvolvimento humano e podem possibilitar a ressignificação da vida, dos conflitos e sofrimentos. É por meio do reconhecimento limitante dos dias que o homem constrói, elabora e dá um novo significado para suas vivências na terra.

No entanto, é importante compreender no que os indivíduos dão maior realce, nos aspectos vitais ou na morte, pois se, por um lado, a morte ajuda o homem em seu crescimento, por outro, pode trazer dor, tristeza, solidão e impotência. Desse modo, percebe-se que o homem se encontra bipartido, uma vez que ao reconhecer sua peculiaridade como ser pensante, compreende também o término de sua existência de modo consciente.

Nesse sentido, a morte é capaz de assumir diversos significados e tangenciar a vida humana em todos os seus aspectos. Em termos biológicos e objetivos, é entendida como sendo a parada completa de todas as atividades orgânicas, uma vez que rompe com a coerência funcional das células. Já na morte clínica, há o funcionamento de alguns processos metabólicos mesmo com a suspensão de todos os sinais de vida. E a morte psicológica pode acontecer ao longo de toda existência, com inúmeras representações, que podem até mesmo serem ignoradas pelo indivíduo.

Entretanto, o processo e a forma de como os indivíduos tendem a encarar a morte vêm se modificando histórica e culturalmente, visto que o homem vive em uma sociedade na qual está constantemente se transformando e que, por sua vez, também é transformado por ela, exercendo, assim uma relação dialética. (HERMES; LAMARCA, 2013).

Partindo dessa visão, Kovács (1992) destaca que, na época medieval, por exemplo, na idade média, a morte era entendida como sendo algo domado, pois, além dos familiares terem uma atitude próxima com o morrer, conseguiam dominá-la em diversos aspectos. Esta compreensão ressaltava nos indivíduos o conhecimento pela trajetória de suas mortes, que era baseada em signos e convicções. A autora pontua que:

A morte era esperada no leito, numa espécie de cerimônia pública, organizada pelo próprio moribundo. Todos podiam entrar no quarto, parentes, amigos, vizinhos e, inclusive as crianças. Os rituais de morte eram cumpridos com manifestações de tristeza e dor, que eram aceitas pelos membros daquela comunidade. O maior temor era morrer repentinamente, sem as homenagens cabidas. (KOVÁCS, 1992, p.32).

Logo, a passagem da vida para a morte era vista como algo natural, em que os conhecidos, familiares e crianças reuniam-se para participarem daquele momento. O enfermo era o centro das atenções e havia um sentimento familiar dos indivíduos com a morte, imune de receios e medos. (KOVÁCS, 1992; HERMES; LAMARCA, 2013).

Kovács (1992) aponta que o local onde se sepultavam os mortos na idade média eram as igrejas próximas aos santos, o que significava uma maneira de cuidado. Com o tempo, esses locais foram se modificando para fora das cidades, por questões de salubridade e outros fatores, como o aumento da população. O corpo passou a ser escondido e levado para cemitérios fora desses centros. Surge também a preocupação com o que vem após o momento da morte, a ida para o paraíso ou para o inferno, a prestação de contas e o julgamento do que havia sido realizado em vida.

Todavia, essa concepção, bem como a maneira de enfrentar a morte neste período, foram levemente alterando-se e fazendo com que o homem começasse a refletir mais sobre o seu próprio fim. Abud e Zimmernann (2012, p.300) destacam que “a existência individual passou a ser valorizada, e a morte deixou de ser a aceitação do destino coletivo, dando lugar à consciência individual, à consciência da morte de si mesmo”.

Mais tarde, entre os séculos XVI e XVIII, a morte entra novamente em conflito com a vida. Àries (1981 *apud* HERMES; LAMARCA, 2013, p.2580) expõe que:

O homem começa a pensar mais na morte do outro, em virtude das transformações que ocorrem na concepção de família, a qual passa a ser mais fundada no afeto. A morte passa a ser encarada como inimiga, como uma violação que arranca o indivíduo do seu seio familiar.

Como consequência, a morte deixa de ser algo espontâneo e passa a ser compreendida como uma situação aversiva, algo doloroso e de difícil aceitação. Ou seja, começa a desempenhar uma nova função frente à sociedade, agora um pouco mais agressiva, principalmente pelo fato de que o indivíduo, percebido como parte integrante de um grupo familiar onde os laços afetivos começam a

ser instaurados, desvincula-se bruscamente do seu atual contexto e das suas relações. (KOVÁCS, 1992; HERMES; LAMARCA, 2013).

Frente a isso, Abud e Zimmemann (2012, p.300) acrescentam que:

Na era moderna, apesar da aparente continuidade dos rituais, a morte passa a ser desafiada e é retirada do mundo das coisas familiares. Nas relações familiares, a morte se torna uma inaceitável separação. Gradualmente assumiu uma nova forma, mais distante e ao mesmo tempo mais dramática do ponto de vista emocional.

Desse modo, Kovács (1992) expõe ainda que, no século XIX, apesar desse severo entendimento, a morte é observada de maneira romântica, isto é, sublime, uma vez que somente por meio dela existia a possibilidade de reencontro com a pessoa amada. Logo, este fenômeno passou a ser desejado, pois se acreditava veementemente em uma vida futura. Nessa mesma época surgiu também o espiritismo, justificando os horizontes e os abismos entre os aspectos referentes à vida e a morte. Assim, no século XIX, ao mesmo tempo em que se almejava o perecimento, havia um impasse com as questões familiares, já que, além de romper com os vínculos entre os membros, afastava o indivíduo da dinâmica na qual estava inserido e das tarefas rotineiras.

Posteriormente a isso, no século XX, a morte começa a ser expulsa, ou seja, ignorada da sociedade como forma de proteção à vida. Morrer tornou-se algo amedrontador, e as pessoas não conseguiam conviver com esse processo de forma natural e, então, a morte passa a ser ocultada e proibida. O doente deixa de morrer no seio familiar, ao lado das pessoas que ama, para findar os seus dias no leito de um hospital, rodeado de aparelhos. O luto é comedido, e o corpo enterrado rapidamente para ser esquecido ou, pelo menos, não lembrado como algo que outrora se fazia presente. (KOVÁCS, 1992).

De acordo com Abud e Zimmemann (2013), os cuidados que antes cabiam à família são direcionados à equipe médica, o que inaugura uma batalha entre a vida e a morte. Essa nova maneira de encarar a morte acaba gerando uma turbulência de sensações, sentimentos e pensamentos, não somente no paciente em fase terminal, mas também nos familiares que sofrem ao se depararem com a finitude da vida. Por outro lado, centraliza-se o poder da medicina como ciência onipotente.

Além disso, pontua-se que, devido ao exacerbado processo de desenvolvimento humano e suas relações e com o aceleração gritante das inovações tecnológicas, como a criação de pulmões de aço e respiradores artificiais, diversas mudanças foram ocorrendo no âmbito de se prolongar drasticamente os dias de vida do paciente, que muitas vezes já se encontra fora de possibilidade de cura. (KOVÁCS, 1992; HERMES; LAMARCA, 2013).

Neste sentido, Kovács (1992, p.43) acrescenta que “embora o homem seja o único ser consciente de sua mortalidade e finitude, a sociedade ocidental com toda a sua tecnologia está tornando o homem inconsciente e privado de sua própria morte”.

Atualmente, esse novo processo vivenciado, conhecido como morte moderna, acabou, sobre o pretexto de respeitar a vida, por despersonalizar e desumanizar o indivíduo, retirando de si a sua autonomia. O indivíduo deixou de ser compreendido como um ser humano, com suas mais variadas facetas, para tornar-se um número, que precisa ser medicalizado e tratado. Passou a ser visto apenas como um objeto de estudo para a ciência, que busca manter a vida a qualquer preço, mesmo que isso traga dor, angústia, tormento, aflição e outros sofrimentos. Desse modo, a sociedade distanciou o homem da morte e, como resultado, os indivíduos vivem como se nunca fossem morrer, imaginando, por hora, serem imortais. (KOVÁCS, 1992).

Isso acontece porque, conforme Abud e Zimmemann (2013, p.300) expõem, “em uma sociedade que preza a felicidade, e apenas a felicidade, não há espaço para a dor, o sofrimento e as perdas”. Ou seja, em uma época em que tudo que se busca é o prazer, os indivíduos tendem a evitar a morte, o fracasso, a derrota, isto é, tudo aquilo que, de alguma maneira, foge ao controle humano ou o que causa desprazer.

Esse modo onipotente de enfrentar a vida e seu término tem refletido em resultados graves, pois conflitos, no que diz respeito ao entendimento da morte e à retirada dos suportes que controlam a vida, tornaram-se uma decisão difícil para o paciente, familiares e equipe médica, proporcionando, assim, ainda mais desordens no campo psíquico. (MARCO; DEGIOVANI, 2012).

Ferreira; Lopes e Melo (2011) e Hermes e Lamarca (2013) afirmam que a realidade da sociedade tem demandado práticas inovadoras dos profissionais da saúde, objetivando colaborar com a fase final da vida do paciente com doença crônica e com os sentimentos despertados, também por parte de seus familiares. Neste sentido, inaugura-se um modelo contemporâneo, que abrange conteúdos direcionados a uma boa morte e que engloba uma filosofia de cuidados, conhecida particularmente como *cuidados paliativos*, que se referem especialmente aos cuidados a pacientes em fase terminal, em momento no qual a medicina curativa já não está mais ao alcance de suprir as necessidades do indivíduo acometido pela enfermidade, ou seja, não consegue sanar a doença instalada.

3. CUIDADOS PALIATIVOS E SUAS IMPLICAÇÕES

Historicamente, os cuidados paliativos eram viabilizados em centros conhecidos como *hospice*. O termo *hospice* implica o significado da palavra hospital e origina do latim *hospitium*, que designava o ambiente onde se oferecia hospitalidade aos romeiros no percurso de suas longas viagens, cujo intuito era ajudar com mantimentos alimentícios e propiciar os cuidados médicos. Esses abrigos ou hospedarias remontam a vestígios que datam o século V. (MARCO; DEGIOVANI, 2012).

Matsumoto (2012, p.25) salienta que “várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII, abrigando pobres, órfãos e doentes. Esta prática se propagou com organizações

religiosas católicas e protestantes e, no século XIX, passaram a ter características de hospitais.” No entanto, a primeira instituição denominada como *hospice* surgiu em meados do século XIX, com Jeanne Garnier, na França, e objetivava primordialmente os cuidados aos pacientes moribundos. Na Inglaterra, esse movimento propagou-se no final do século e, mais tarde, em Londres, onde se instaurou o St. Joseph’s Hospice. (MARCO; DEGIOVANI, 2012).

Marco e Degiovani (2012) e Matsumoto (2012) enfatizam que uma contribuição importante ao movimento *hospice* moderno deve-se à enfermeira, assistente social e médica, Cicely Saunders que trabalhou no St. Joseph Hospice e mais tarde criou, em 1967, o St. Christopher’s Hospice no Reino Unido, que tinha o propósito não só de atender aos necessitados, ou seja, os pacientes que se encontravam fora de possibilidades de cura, com quadros graves ou até mesmo irreversíveis, mas também ao ensino e à pesquisa, o que proporcionou uma nova maneira de pensar e atuar frente àquela demanda. Em decorrência, vários outros países implantaram a prática dos cuidados paliativos, como o Canadá e os Estados Unidos.

Entretanto, essa filosofia comprovou-se, de fato, por meio de um estudo descritivo baseado em anotações clínicas e gravações de 1.100 pacientes com câncer, nos anos de 1958 e 1965, no Joseph’s Hospice. Tal pesquisa mostrou uma melhora significativa dos pacientes que foram submetidos a analgésicos somente quando era necessário, como relata Cicely Saunders. (MATSUMOTO, 2012).

Apesar dessa colaboração, o termo paliativo foi inserido especificamente por Balfour Mount, médico e cirurgião oncológico, em 1974, que criou a expressão *medicina paliativa*. Marco e Degiovani (2012, p.319) expõem que:

Em suas origens, “palio” deriva da palavra latina *pallium*, que significava o manto utilizado para aquecer e proteger os peregrinos e/ou viajantes das intempéries com as quais poderiam se deparar durante suas viagens,

Além disso, esse termo foi originado também com o intuito de diminuir as repercussões sobre o entendimento de *hospice*, que cunhava, junto de si, certa negatividade, uma vez que em diversos países, principalmente nos de cultura francesa, incumbia o sentido de hospício, asilo, manicômio, dentre outras definições. (MARCO; DEGIOVANI, 2012).

No que se refere à filosofia de cuidados paliativos no Brasil, esta é considerada relativamente recente. Segundo Marco e Degiovani (2012) e Hermes e Lamarca (2013) as primeiras discussões e debates acerca do tema ocorreram por volta de 1970, todavia, teve início em 1983, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após isso, seguiram-se para unidades no estado de São Paulo, Santa Catarina e Paraná.

Outros marcos importantes dos cuidados paliativos no Brasil foram a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos em 1997, e o Programa do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, que criou sua enfermagem em 2003. Posteriormente a isso, em 2005, foi inaugurada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (MARCO; DEGIOVANI, 2012; HERMES; LAMARCA, 2013).

Uma questão relevante pontuada pelo Conselho Federal de Medicina, (2012 *apud* MARCO; DEGIOVANI, 2012, p.320) foi o fato de que:

Em 2010, o Conselho Federal de Medicina incluiu, em seu novo Código de Ética Médica, os cuidados paliativos como princípio fundamental, com os seguintes dizeres: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

Diante disso, pode-se perceber que, ao longo dos anos, os cuidados paliativos foram ganhando espaço no contexto hospitalar e inauguraram-se como resposta a uma demanda cuja sociedade não permite que os seres humanos lidem com o processo da morte como algo inerente ao desenvolvimento. A necessidade de cuidar para além da cura é inserida nesse contexto, recentemente, e levada para outros países justamente para evocar amparo e proteção durante o momento que se finda a vida. (SIMONETTI, 2013).

Nesse sentido e, dado um momento histórico e cultural, a conceituação de cuidados paliativos pode, portanto, ser apresentada, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002 *apud* GASPAR, 2011, p.113) como sendo:

A abordagem que promove qualidade de vida aos pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas da natureza física, psicossocial e espiritual.

Logo, a concepção de cuidados paliativos, bem como de sua prática, possui como eixo fundamental alcançar os princípios e não os protocolos. Isso significa que a essência é buscar entender a doença como forma de ameaça à vida, compreendendo a possibilidade ou não de tratamento e levando em consideração a natureza biológica do paciente, assim como os fatores emocionais, sociais e espirituais que estão envolvidos. É abranger o indivíduo de forma integral, por meio de uma perspectiva holística, as suas mais variadas facetas e expandir os cuidados para além da dor aparente, isto é, àquilo que se apresenta. É também aliviar, amenizar, abrandar em todos os aspectos o sofrimento que permeia a vida e que também tangencia a morte. (MATSUMOTO, 2012).

Nesse contexto, Porto e Lustosa (2010) e Marco e Degiovani (2012) acrescentam que o foco principal da filosofia de cuidados paliativos visa, dentro de um estágio avançado, propiciar qualidade de vida dentro das possibilidades de cada paciente, sem a tentativa de prolongá-la por meio de meios

artificiais, ou mesmo de abreviá-la, mas a de oferecer ao indivíduo enfermo e à sua família suportes necessários para lidarem com essa condição existencial.

Portanto, as intervenções devem ter início no momento em que é diagnosticada a doença para que, por meio da implantação de medidas cabíveis, possa se pensar em uma possível modificação do curso da mesma ou, pelo menos, tornar os sinais mais atenuados. Desse modo, quando o tratamento curativo não responder, ou seja, quando as ações forem perdendo, de fato, sua efetividade, os cuidados paliativos ganham ênfase, pois se não é possível curar, ainda assim é possível cuidar, de forma não somente a atender os desejos e anseios do paciente, mas, além disso, em um nível de assistência familiar. (MARCO; DEGIOVANI, 2012).

Ao assumir essa posição, algumas funções importantes da filosofia de cuidados paliativos são destacadas por Marco e Degiovani (2012, p.321), como:

- Fornecer alívio da dor e de outros sintomas estressantes.
- Afirmar a vida e encarar a morte como um processo normal.
- Não pretender adiar ou apressar a morte.
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados ao paciente.
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível até a morte.
- Utilizar uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo assistência ao luto, se indicado.
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.
- Participar do tratamento desde o início do curso da doença, em associação com outras terapias que visem prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, incluindo as investigações necessárias para melhor entender e manejar as angustiantes complicações clínicas.

Portanto, os cuidados paliativos levam em consideração todos os fatores que podem influenciar o curso da doença. No entanto, como afirma Backes, Filho e Lunardi (2006) tais questões só poderão ser refletidas e possivelmente elaboradas caso a prática da humanização esteja presente entre os profissionais da saúde. Partindo desse pressuposto e incluindo o sentido de que esta é inerente a quem cuida do outro e de sua existência, tal elemento torna-se um ponto importante a ser abordado dentro do ambiente hospitalar, particularmente no que diz respeito à equipe de cuidados paliativos.

Humanizar o atendimento na esfera da saúde representa muito mais do que apenas medicalizar o paciente e proporcionar meramente os devidos cuidados. Implica em saber lidar com as turbulências e inconstâncias geradas pela dor, no sentido de ter empatia o suficiente para entender que o outro precisa de ajuda e que essa pode ser melhor quando se está disposto a doar-se verdadeiramente. Para isso, deve-se ter conhecimento e responsabilidade por aquilo que se faz e exercer com competência cada função profissional, sempre primando pelo alívio dos efeitos negativos da doença e do tratamento em si. (MELO; FERNANDES; MENEZES, 2013).

Além disso, Silva e Araújo (2012) apontam que essa prática permite cuidar do paciente detalhadamente, resgatando as relações de afetuosidade e estabelecendo vínculos de compaixão,

humildade e proteção, já que especialmente neste momento eles se encontram mais fragilizados. Assim sendo, a humanização objetiva oferecer melhores condições de trabalho para os profissionais, desfazendo as ações mecanizadas e tecnicistas, e criando um espaço mais caloroso, onde os sentimentos e as emoções possam ser vivenciados e compartilhados.

Porém, para que esta prática se concretize, de fato, é necessário o desenvolvimento de ações que contemplem o ser humano de forma global. Por isso, o apoio e a atuação de uma equipe multiprofissional, que inclua médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros profissionais da área é fundamental, uma vez que estes, baseados em seus conhecimentos, podem proporcionar diversas possibilidades de intervenções terapêuticas e lidar de modo mais eficaz com um assunto tão delicado como a morte. (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

Para isso, é importante o treinamento específico de cada membro da equipe e do conjunto como um só, pois, como apontam Marco e Degiovani (2012), nenhuma disciplina, quando trabalhada sozinha, consegue lidar de forma bem-sucedida com a complexidade da dor que se apresenta com mais intensidade quando o indivíduo está em cuidados paliativos.

4. CUIDADOS PALIATIVOS: IMPACTOS DO PROCESSO DE ADOECIMENTO E MORTE NA VIDA DO PACIENTE

Como mencionado anteriormente, os cuidados paliativos instauraram-se no contexto hospitalar para que, ao trabalhar com pacientes em fase terminal, possa dar a ele condições e suportes necessários para vivenciar uma boa morte.

De acordo com Simonetti (2013), o paciente, ao ocupar um leito de hospital, despersonaliza-se e, aos poucos, vai perdendo suas características particulares e igualando-se aos demais. Perdem-se, também, as suas peculiaridades e seus gostos, e essa descaracterização vai fazendo com que o paciente se distancie das relações e de si.

Klüber-Ross (1992 *apud* CARVALHO, 2009, p.324) pontua que:

No contato, deparamo-nos com os doentes gravemente enfermos, com dores muito complexas e profundas, existenciais, que se referem ao significado da vida e da morte. No estágio avançado das doenças, qualquer dor presente, seja física, psicológica ou espiritual pode e deve ser controlada e, se possível, abolida, visando um morrer sem sofrimento, tranquilo e em paz.

Portanto, o paciente, fora de possibilidades de cura, vivencia, a todo instante, sentimentos de medo, perda, frustração, tristeza, culpa, dentre outros. Esse sofrimento interfere diretamente em sua estrutura emocional, bem como na qualidade de vida, humor, sono, atividades diárias e relações afetivas, principalmente no convívio com os familiares, já que estão mais próximos. (MELO; FERNANDES; MENEZES, 2013).

Neste sentido, Carvalho (2009, p.325) acrescenta que:

No cuidado da dor, Saunders percebeu a presença de um estado complexo de sentimentos dolorosos no paciente terminal. Seus componentes são: dor física; dor psíquica (medo do sofrimento e da morte, tristeza, raiva, revolta, insegurança, desespero, depressão); dor social (rejeição, dependência, inutilidade); dor espiritual (falta de sentido na vida e na morte, medo do pós-morte, culpas perante Deus). Posteriormente, a autora acrescentou novas dimensões da dor: dor financeira (perdas e dificuldades); dor interpessoal (isolamento, estigma); dor familiar (mudança de papéis, perda de controle, perda de autonomia).

Este real cenário faz aflorar emoções de todas as ordens, mexendo profundamente com os mais variados aspectos vitais. Em razão disso, é possível observar algumas reações e atitudes do paciente durante o percurso da doença. (MELO; FERNANDES; MENEZES, 2013).

Klüber-Ross (2008) e Simonetti (2013) afirmam que a negação como defesa psicológica do paciente, muitas vezes é a posição inicial, que tem uma razão, *a razão do sujeito adoecido* e que, por isso, deve ser considerada. Ela ocorre no sentido de recusar a doença e até mesmo o tratamento. Entretanto, essa posição é usada somente nos primeiros estágios ou após a confirmação do diagnóstico, pois com o tempo o paciente tende a recuperar-se gradualmente desta fase, levando-o a algumas reações menos radicais e arcaicas.

Em um segundo momento, o sentimento de raiva e revolta podem dominar este paciente, fazendo com que ele esvazie e ao mesmo tempo expresse as emoções que se encontravam reprimidas. A revolta permite que o indivíduo elabore sua angústia e seus medos, no entanto, isso pode repercutir de maneira muito intensa e impetuosa, tornando-se perigoso. Geralmente, o paciente neste estágio demonstra fúria para com os familiares e equipe médica, sem ao menos ter razões concretas. Porém, essa explosão de sentimentos acontece muitas vezes devido às limitações físicas com as quais o paciente tem que lidar ao longo do percurso, ou então pelo fato de que os planos futuros tiveram que ser interrompidos ou tornaram-se inacabados. (KLÜBER-ROSS, 2008; SIMONETTI, 2013).

O terceiro estágio por sua vez, é compreendido como sendo o momento da barganha, pois o paciente transfere e tenta negociar com Deus ou com as pessoas a real situação que terá que vivenciar. Ocorre como se fosse um adiamento da dor, no qual o próprio paciente barganha para conquistar uma hipotética recompensa. Inclui uma promessa implícita do sofrimento, que geralmente é feita com Deus. (KLÜBER-ROSS, 2008).

O próximo estágio, como apontam Klüber-Ross (2008) e Simonetti (2013) engloba um sentimento de profunda tristeza, entendido como depressão. Neste, é compreensível que o paciente se encontre mais deprimido e melancólico, pois sua energia psíquica é voltada para o mundo interno, na tentativa de solucionar e significar as perdas, que podem ser reais ou não. A depressão como fase pode ser reativa, ou seja, uma resposta às perdas que se deram de fato, e pode, também, ser preparatória, aflorando questões iminentes, que estão por vir, principalmente a perda da própria vida.

Por fim, o último estágio abordado depois de uma árdua jornada é o enfrentamento e a aceitação. Essa fase é relativamente difícil de ser atingida, e muitas pessoas nem conseguem alcançá-la, porque não encontraram meios adequados ou mesmo porque seus dias não permitiram. No entanto, os indivíduos que chegam a essa posição precisam também de muita ajuda, uma vez que estão assimilando um conteúdo difícil para possível elaboração. Esse estágio é considerado um momento de reflexão e significação dos pensamentos e ideias, e uma alternância entre luta e luto. É, acima de tudo, o devaneio da dor e a paz na hora da morte. (KLÜBER-ROSS, 2008; SIMONETTI, 2013).

Diante disso, é importante salientar que não há necessariamente uma linearidade das vivências das fases, pois cada paciente a experencia a seu modo. Além desses estágios, Kovács (1992) expõe que o medo, como sentimento despertado durante o adoecimento e processo de morte, é um dos aspectos psicológicos mais emergentes deste momento e influencia consideravelmente a vida psíquica do paciente.

O medo afeta diretamente todas as pessoas e pode ser mais expressivo em um dado momento e mais latente em outros e, dentre tantos tipos, os que se manifestam de forma mais significativa são o medo de morrer, o medo da morte, o medo da extinção, o medo do desconhecido, da solidão, da dor, do sofrimento, bem como o medo dos mortos e de ser destruído. O medo envolve diretamente sensações de desespero, ansiedade, preocupação e angústia, e interfere no psiquismo do paciente que já se encontra debilitado devido à sua real e atual condição. Além disso, outros fatores como a desesperança, o desespero e o desamparo podem ser evidenciados. (KOVÁCSK, 1992).

Ainda neste sentido, Gaspar (2011, p.113) acrescenta que “as principais fontes de sofrimento são os pensamentos, as lembranças, as esperanças, os sentimentos, as crenças e os sentidos. O sofrimento surge quando há desesperança, desespero, perda de sentido frente à própria existência”.

Isso acontece porque, além dos efeitos colaterais proporcionados pelas ações medicamentosas, estes pacientes sentem, frequentemente, muitas dores e, ao longo do tratamento, podem vivenciar várias perdas, como a perda do corpo que até então era saudável, a perda da autonomia e da sua imagem, a perda do status social que desempenhava na sociedade, a perda da autoestima e dos projetos e conseqüentemente a perda de si próprio. (GASPAR, 2011).

5. INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS PARA O PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

A partir do que foi exposto anteriormente, pode-se compreender que, conforme Nunes (2012) destaca, o paciente, essencialmente quando se apresenta em estágio avançado, sofre diversos impactos que abalam não somente sua estrutura biológica, mas as demais esferas. Desse modo, todos os membros da equipe desempenham um papel importante no cuidado da dor, pois cada qual, de acordo com os seus saberes, pode abordar o sofrimento no que lhe é autorizado, tornando, assim, o processo mais eficaz. O objetivo partilhado entre todos eles é, primordialmente, prezar pelo bem-estar, bem

como minimizar o sofrimento e garantir que as necessidades sejam supridas, por meio da articulação de diversas possibilidades de intervenções.

É sabido que “a luta para manter a integralidade da subjetividade diante da desintegração do corpo é um grande desafio para o paciente que está chegando ao final de sua existência”. (GASPAR, 2011 p.114). Neste sentido, a atuação do profissional de saúde mental, especificamente no que se refere à prática psicológica, torna-se essencial, pois, de acordo com Simonetti (2013), o psicólogo encontra-se diretamente implicado com a dor total do paciente e sua dimensão emocional, em paralelo aos fatores orgânicos.

Além disso, o psicólogo, ao estar capacitado teoricamente para lidar com os seres humanos e suas respectivas vidas, deve igualmente compreender a questão da morte e seus impactos psíquicos, uma vez que o processo de adoecer e morrer altera qualitativamente a existência e o sentido de viver de cada indivíduo. (HOHENDOFF; MELO, 2009).

Nunes (2012) pontua que o psicólogo, ao desempenhar ações voltadas para o seu campo de trabalho, deve, primeiramente, reconhecer suas limitações e atuar somente dentro daquilo que lhe é cabível, ou seja, conforme as competências da sua prática, de modo que vise a alcançar os objetivos da equipe multiprofissional. Esse cuidado deve ser priorizado para que este, assim como outro profissional, evite tomar para si modelos que não se referem à sua natureza científica.

A partir disso, pode-se compreender que o entrelaçamento entre teoria e prática corrobora com a ideia de que o indivíduo necessita ser cuidado além de suas dores corporais, pois quem sofre, sofre por completo. (GASPAR, 2011; SIMONETTI, 2013). No momento em que a vida se finda:

Os pacientes precisam ter a certeza de que não serão abandonados, que suas angústias e ansiedades não serão desprezadas, que a família, a equipe, o psicólogo, ou mesmo uma pessoa significativa, cada um a sua maneira, oferecerão apoio emocional. (GASPAR, 2011, p.114).

Portanto, o psicólogo muito tem a contribuir para o paciente, já que ele se encontra em grande fragilidade e desordem psíquica, além da sua condição de adoecimento físico-biológica. É importante que o indivíduo seja reconhecido em suas múltiplas facetas e aceito em sua real condição. (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Desse modo, Hermes e Lamarca (2013) expõem que o papel do psicólogo, assim como o direcionamento de sua prática, visa justamente resgatar o ser humano dessa vulnerabilidade física, psíquica, social e espiritual, e possibilitar uma posição de enfrentamento e aceitação frente a essas questões, por meio de ajustes estruturais e psíquicos bem estabelecidos. Isso acontece quando o paciente, por meio de uma transferência positiva com o psicólogo, consegue expressar, de fato, suas emoções, seus sofrimentos, angústias, anseios, medos, vontades ou qualquer outro sentimento que porventura esteja sendo vivenciado.

Simonetti (2013, p.119) salienta que:

O objetivo da psicologia hospitalar não é convencer o paciente de que ele é um doente, nem forçá-lo a concordar com o diagnóstico médico, tudo que o psicólogo deseja é que o paciente fale, fale de si, da doença, do que quiser. Quando o paciente pode falar livremente, a negação não raro se desvanece.

Então, se, por um lado, o paciente precisa falar, por outro, necessita de alguém que o escute e o entenda verdadeiramente. Desse modo, uma escuta qualificada por parte do psicólogo permitirá compreender o paciente e suas emoções de forma global, possibilitando uma melhor intervenção. Eis aí um importante trabalho da prática psicológica: escutar a dor, a tristeza, as dúvidas, as incertezas e tudo o que perpassa e aflige o psiquismo. No entanto, essa não é uma escuta qualquer. É uma escuta detalhada, que possibilita reconhecer a autenticidade e a peculiaridade dos sentimentos do paciente que, ao falar livremente o que sente, além de compreender que está sendo amparado e protegido, sente-se aliviado por expressar seus conflitos e mais ainda por conseguir significá-los. (SIMONETTI, 2013).

Desse modo, o psicólogo deve proporcionar, no relacionamento com o paciente, uma escuta atenta e reflexiva dos seus sofrimentos, anseios, desejos, medos e vontades, pois é assim que se poderá entender a dor presente e possivelmente intervir, de modo que se obtenham resultados favoráveis. Tanto quanto saber escutar é preciso capacidade para compreender o momento e a maneira correta de como se comunicar com o outro. (SILVA; ARAÚJO, 2012).

Littlejohn, (1988 *apud* SILVA; ARAÚJO, 2012, p.77) aponta que a:

Comunicação interpessoal não se resume à troca de mensagens entre duas ou mais pessoas, tampouco à mera transmissão de informações. Trata-se de um processo complexo que envolve a percepção, a compreensão e a transmissão de mensagens por parte de cada sujeito envolvido na interação, considerando-se o contexto, a cultura, os valores individuais, as experiências, interesses e expectativas próprios de cada um.

Portanto, o ato de comunicar envolve a percepção das palavras verbais e não verbais, ou seja, a expressão de gestos, atitudes e comportamentos. Assim, o psicólogo, ao utilizá-la como elemento fundamental no cuidado da dor, poderá contribuir para a minimização dos conflitos apresentados. Silva e Araújo (2012, p.75) destacam que:

Para que estas necessidades sejam atendidas e o cuidado ao fim da vida seja bem-sucedido, é necessário que os profissionais de saúde resgatem a relação interpessoal empática e compassiva com base para suas ações e condutas. Mais do que habilidades técnicas para diagnosticar e tratar e além de informações sobre a doença e tratamento, os pacientes que vivenciam a terminalidade esperam que a relação com os profissionais da saúde seja alicerçada na compaixão, humildade, respeito e empatia. E a implementação e sustentação, na prática, desses conceitos subjetivos, é possível com o uso adequado de habilidades de comunicação.

Logo, o bom uso das palavras pode ser medida terapêutica no que diz respeito à dinâmica hospitalar e o psicólogo, ao trabalhar diretamente com a escuta e a fala, deve fazer da comunicação um instrumento favorável à sua prática. Isso porque a palavra tem o poder de cura e libertação de sentimentos e emoções mais enraizadas. (SIMONETTI, 2013).

Além disso, Simonetti (2013, p.126) pontua que:

É necessário adequar a linguagem ao nível do ouvinte, já que a palavra pertence a quem escuta. Na comunicação humana, o que conta mesmo não é o que se quis dizer, e sim o que o outro entendeu do que se disse.

Isso significa que o psicólogo deve sempre buscar fazer o uso adequado da linguagem, levando em consideração o contexto de cada paciente em específico, isto é, o público ao qual se dirige, pois é o paciente quem dará significado ao que foi dito. Portanto, “[...] não cabe simplesmente falar sem se preocupar se foi compreendido pelo paciente, ou escutar sem ser capaz de supor todos os sentidos da mensagem que recebe [...]”. (SIMONETTI, 2013 p.126).

Ainda no que tange à comunicação, Simonetti (2013) acrescenta que, outra técnica que compete ao profissional de psicologia diz respeito à conversa descompromissada, que pode atuar em um nível mais informal, como um *bate-papo*. Esta geralmente costuma ser agradável e prazerosa para o paciente, pois, além de permitir uma boa transferência e um vínculo positivo, possibilita que ele se sinta mais à vontade para falar sobre seus sentimentos e emoções.

Desse modo e, essencialmente no estágio final de vida, uma boa comunicação permite, conforme Silva e Araújo (2012, p.76):

- Conhecer os problemas, anseios, temores e expectativas do paciente.
- Facilitar o alívio de sintomas de modo eficaz e melhorar sua autoestima.
- Oferecer informações verdadeiras, de modo delicado e progressivo, de acordo com as necessidades do paciente.
- Identificar o que pode aumentar seu bem-estar.
- Conhecer seus valores culturais, espirituais e oferecer medidas de apoio.
- Respeitar/Reforçar a autonomia.
- Tornar mais direta e interativa a relação profissional de saúde-paciente.
- Melhorar as relações com os entes queridos.
- Detectar necessidades da família.
- Dar tempo e oferecer oportunidades para a resolução de assuntos pendentes (despedidas, agradecimentos, reconciliações).
- Fazer com que o paciente se sinta cuidado e amparado até o final.
- Diminuir incertezas.
- Auxiliar o paciente no bom enfrentamento e vivência do processo de morrer

Portanto, o psicólogo, diferente dos demais profissionais da saúde, utilizará a linguagem como meio interventivo e terapêutico na relação com o paciente, já que é seu instrumento de trabalho. Tão importante quanto se comunicar é também saber identificar o momento em que o paciente, seja por resistência psicológica ou por impedimento físico, deseja silenciar as suas emoções. No caso de

resistência, o psicólogo, ao respeitar a decisão e a autonomia do indivíduo, pode substituir a fala por um bom toque afetivo, olhar, ou algo que demonstre interesse e empatia para com sua dor. No entanto, o silêncio deve ser interpretado e compreendido, já que nas entrelinhas ele também diz muito. (SILVA; ARAÚJO, 2012; SIMONETTI, 2013).

Simonetti (2013) salienta que, na condição de impedimento físico, como entubação, fraqueza, lesões ou outras sequelas, o profissional de psicologia deve buscar alternativas, que podem ser verbais ou não, para comunicar-se. A escrita, o desenho e os gestos são alguns desses meios.

Outra prática importante da atuação do psicólogo, ao direcionar-se ao paciente, é abordar, a partir da doutrina e das crenças de cada indivíduo, assuntos referentes à fé e a espiritualidade, pois:

A fé ajuda as pessoas a atravessarem os momentos difíceis da vida, sendo a doença e a morte os maiores dentre eles. Assim, na prática da psicologia hospitalar, a fé raramente se opõe à ciência, constituindo-se uma força de superação a ser incentivada pelo psicólogo. (SIMONETTI, 2013 p.133).

Ou seja, o profissional de psicologia poderá, a partir da percepção religiosa do paciente, potencializar algumas ações já presentes e fazer com que ele encontre vias adequadas e eficazes para a elaboração e ressignificação do processo de adoecimento e morte. Esse cuidado abrange mais do que um momento de atenção, comprometimento e responsabilidade. Representa diretamente uma preocupação, em nível empático, com o sofrimento e as mazelas do ser humano. (HERMES; LAMARCA, 2010; SIMONETTI, 2013).

Simonetti (2013, p.139) afirma ainda que:

Do ponto de vista psicológico o conjunto peculiar de mecanismos de enfrentamento que os pacientes utilizaram no passado para manter a auto-estima e a estabilidade é o ponto central do processo. Ademais, religião e espiritualidade provavelmente são aspectos importantes para o paciente e familiares, e o apoio nesse setor é essencial para a assistência paliativa.

Desse modo, a espiritualidade e a fé são pontos importantes a serem trabalhados, pois, conforme assinalam Kovács (1992) e Simonetti (2013), a religiosidade e a espiritualidade, principalmente no estágio terminal, são mecanismos importantes no processo de elaboração de morte e luto e a maneira com que os pacientes tendem a encarar o fim do ciclo vital, em razão de suas doutrinas e princípios, podem ajudar a vencer as turbulências e a ansiedade geradas pela doença, pelo morrer e por outros momentos difíceis. Keleman, (1997 *apud* CARVALHO, 2009, p.326) sustenta que:

A presença da morte traz à tona a certeza da própria morte. Neste momento, a grande ajuda vem da espiritualidade. Não necessariamente da religiosidade, mas no sentido de transcendência, de imortalidade da alma, do espírito que permanece vivo. A morte digna e consciente é facilitada pela noção de passagem de uma forma de vida à outra.

Assim sendo, os conceitos internalizados sobre religiosidade, fé e espiritualidade passam a assumir um papel fundamental, já que se trata de uma estratégia de enfrentamento daquilo que não se conhece, do que há de vir após a vida. (SIMONETTI, 2013).

Ainda no que tange ao exercício da prática psicológica referente ao paciente, Figueiredo e Bifulco, (2008 *apud* PORTO; LUSTOSA, 2010, p.90) asseguram que:

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

Assim sendo, pode-se perceber que a atuação do psicólogo, ao desempenhar ações juntamente com outros profissionais da equipe multiprofissional, busca, primordialmente, trabalhar questões relativas ao processo da morte, de modo que o paciente possa dar um novo significado à vida. Algumas estratégias, neste sentido, são o apoio, o esclarecimento e a prestação de informações sobre a doença e o real estado, bem como seu prognóstico. É importante ressaltar que a prática psicológica neste âmbito visa fazer com que a expressão das emoções, o alívio do sofrimento e qualidade de vida, assim como a liberdade, a dignidade, a lealdade e a integridade do paciente sejam mantidos até o fim de sua existência. (PORTO; LUSTOSA, 2010; SIMONETTI, 2013).

Conforme Schmidt, Gabarra e Gonçalves (2011) ressaltam, o psicólogo, ao ter conhecimento de sua prática, possui plenas condições, teóricas e técnicas, para dar suporte emocional ao paciente. Ele pode, através da natureza científica do seu conhecimento, fazer um resgate das palavras, ditas verbalmente ou não, e compreender o que estava sendo expresso implicitamente. No que diz respeito ao atendimento dos desejos do paciente, o psicólogo pode auxiliá-lo no pedido de desculpas, perdão ou reconciliação entre os membros da família ou entes queridos, de modo que se possam refazer os laços e vínculos, e principalmente fazer com que o paciente alcance uma boa morte, sem ruminação ou culpa por experiências passadas.

De modo geral, a atuação do psicólogo com o paciente em cuidados paliativos visa compreender as desordens psíquicas, o sofrimento, a angústia, o estresse e todos os impactos emocionais gerados pelo processo de adoecimento e o momento da morte, propriamente dito. Sua prática objetiva integrar mente e corpo e tratar a pessoa e não a doença. Busca dar autonomia ao indivíduo para que possa tomar suas próprias decisões e viver a morte plena e de maneira digna. Seu propósito é minimizar a dor total do paciente e promover qualidade de vida, oferecer acolhimento e suporte emocional. (HERMES; LAMARCA, 2010; SIMONETTI, 2013).

Por fim, Carvalho (2009, p.328) acrescenta que:

quando atendemos a dor total do paciente em momentos finais da vida, temos que estar preparados para enfrentar a dor da morte ou a aceitação da morte, mas sempre enfrentar a dor da perda da vida. Esta vida acaba e este sentimento de finitude causa grande dor ao homem.

Desse modo, o papel do psicólogo não é o de negar ao paciente a existência da morte e o sofrimento nela imbuídos, mas o de compreender o sujeito em seu estágio, seja ele qual for, e sua angústia diante da dor do *não saber*, conduzindo o paciente a falar sobre as emoções e chegar a um nível de enfrentamento e aceitação da realidade de modo que seja possível suportá-la. (SILVA; ARAÚJO, 2012).

6. CONCLUSÃO

Verificamos, por meio do embasamento teórico dos estudos utilizados no presente trabalho, que a atuação do profissional de psicologia no âmbito hospitalar juntamente com o paciente em cuidados paliativos é fundamentalmente importante. Isso porque o psicólogo, ao utilizar instrumentos específicos de sua prática, pode proporcionar diversas possibilidades de intervenções terapêuticas.

Percebeu-se que os impactos do processo de adoecimento e morte na vida psíquica do paciente são tão intensos quanto os que se referem à sua dimensão físico-biológica. Ou seja, o indivíduo é acometido integralmente por fatores físicos, psíquicos, sociais e espirituais, estes que levam à desintegração e descaracterização de si e de suas relações.

Em razão disso, evidenciou-se que a morte é um assunto que merece relevância, visto que, atualmente, não é considerada parte do processo de desenvolvimento humano, mas sim um acontecimento amedrontador, no qual a ciência, através de avanços tecnológicos, tem intervido de maneira drástica para prolongar a vida.

Entendeu-se também que este modelo se deve ao fato de que o sofrimento e o desprazer hoje são aspectos evitados na sociedade, pois o indivíduo do século atual busca viver, mesmo que instantaneamente, a felicidade a qualquer preço, imaginando, assim, ser imortal.

Em suma, pôde-se compreender por meio da realização da presente pesquisa bibliográfica, que o objetivo primordial da atuação psicológica em cuidados paliativos, ao proporcionar uma boa morte para paciente, objetiva minimizar o sofrimento psíquico e as dores advindas da doença e do próprio tratamento, tornando o momento da morte digno até o último suspiro, dando autonomia, permitindo escolhas e decisões, por meio da utilização de instrumentos adequados da sua natureza científica, como o acolhimento emocional, escuta e comunicação qualificada.

REFERÊNCIAS

- BUD, C. C.; ZIMMERMANN, V. B.. A morte na cultura, nos hospitais, no indivíduo. In: MARCO, M. A. de.. *et al.*. **Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde-doença**. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.19, 295-305p.
- BACKES, D. S.; FILHO, W. D. L.; LUNARDI, V. L.. **O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador**. São Paulo: Rev. esc. enferm. USP. 2006. 221-227p. vol.40, n.2. ISSN 0080-6234. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200010> Acesso em: 10 jun. 2016 às 08h00min.
- CARVALHO, M. M. M. J.. **A dor do adoecer e do morrer**. São Paulo: Bol. – Acad. Paul. Psicol., Universidade de São Paulo. 2009. 322-328p. vol.29, n.2. ISSN 1415-711X. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000200009> Acesso em: 09 mai. 2016 às 14h30min.
- FERREIRA, A. P. de Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. de.. **O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer**. Rio de Janeiro: Revista SBPH. 2011. 85-98p. vol.14, n.2. ISSN 1516-0858. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007> Acesso em: 25 abr. 2016 às 14h10min.
- GASPAR, K. C.. Psicologia hospitalar e a oncologia. In: CAMON, V. A. A. (Org). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011. Cap. 3, p. 79-126.
- HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A.. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Ciênc. Saúde coletiva. 2013. Vol.18, n.9. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012> Acesso em: 10 mai. 2016 às 18h00min.
- HOHENDORFF, J. V.; MELO, W. V. de.. **Compreensão da morte e desenvolvimento humano: contribuições à psicologia hospitalar**. Rio de Janeiro: Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ. 2009. 480-492p. n.2. ISSN 1808-4281. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v9n2/v9n2a14.pdf>> Acesso em: 20 de abr. 2016 às 15h05min.
- KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1992.
- KULLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- MARCO, M. A.; DEGIOVANI, M. V.. O adoecer como processo. In: MARCO, M. A. de.. *et al.*. **Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde-doença**. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.19, 313-335p.
- MATSUMOTO, D. Y.. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Carvalho, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de cuidados paliativos (ANCP)**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012. 23-30p.
- MELO, A. C. de.; VALERO, F. F.; MENEZES, M.. **A intervenção psicológica em cuidados paliativos**. Lisboa: Psic., Saúde & Doenças. 2013. 452-469 p. vol.14, n. 3. ISSN 164-0086. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300007> Acesso em: 25 abr. 2016 às 14h20min.

NUNES, L. V. O papel do psicólogo na equipe. In: Carvalho, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de cuidados paliativos** (ANCP). 2. ed. São Paulo: ANCP; 2012. 337-340p.

PORTO, G.; LUSTOSA, M. A.. **Psicologia hospitalar e cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Rev. SBPH. 2010. 76-93p. vol.13, n.1. ISSN 1516-0858. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007> Acesso em: 07 abr. 2016 às 14h00min.

SCHMIDT, B.; GABARRA, L. M.; GONÇALVES, J. R.. **Intervenção psicológica em terminalidade e morte**: relato de experiência. Santa Catarina: Paidéia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC. 2011. 423-430p. vol.21, n.50. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n50/15.pdf>> Acesso em: 09 mai. 2016 às 15h30min.

SILVA, M. J. P. DA.; ARAÚJO, M. M. T.. Comunicação em cuidados paliativos. In: Carvalho, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012. 75-85p.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**: o mapa da doença. 7.ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2013.

Recebido em: 06/07/2022

Aceito em: 05/10/2022