



UNISEPE - União das Instituições de Serviços, Ensino e Pesquisa Ltda.
Faculdade de São Lourenço
Rua Madame Schimidt, 90 – Bairro Federal – São Lourenço/MG – CEP: 37.470-000
Telefax: (35) 3332-3355 - www.faculdadesaolourenco.com.br -
faculdadesaolourenco@faculdadesaolourenco.com.br

unisepe[®]
EDUCACIONAL

RAFAEL GONÇALVES DA SILVA

**AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HOSPITALAR EM CUIDADOS
PALIATIVOS.**

SÃO LOURENÇO- MG

2020

FACULDADE DE SÃO LOURENÇO

RAFAEL GONÇALVES DA SILVA

**AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HOSPITALAR EM CUIDADOS
PALIATIVOS.**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à banca examinadora da Faculdade São Lourenço como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Doutor Roberto Silva de Souza.

SÃO LOURENÇO-MG

2020

RAFAEL GONÇALVES DA SILVA

Trabalho apresentado à banca examinadora da Faculdade de São Lourenço, como requisito parcial para obtenção do título em psicologia.

Data de Aprovação: São Lourenço/MG 17 de novembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Orientador. Prof. Dr. Roberto Silva de Souza.
UNISEPE- Faculdade de São Lourenço



Prof. Ms. Leandro Ferreira Santos.
Membro 1- UNISEPE- Faculdade de São Lourenço



Prof. Ms. Lúcio Ferreira Penha.
Membro 2- UNISEPE- Faculdade de São Lourenço

AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HOSPITALAR EM CUIDADOS PALIATIVOS.

RAFAEL GONÇALVES DA SILVA

Resumo

O cuidado paliativo é uma prática voltada aos pacientes que não conseguem mais responder de maneira satisfatória ao tratamento médico, com o objetivo de minimizar a dor e o sofrimento físico e psíquico. Compete destacar que o cuidado paliativo não foca na doença, mas no doente, buscando considerar sua subjetividade, garantindo sua autonomia e qualidade de vida. Este trabalho foi desenvolvido com a finalidade de se investigar as atribuições do psicólogo hospitalar em cuidados paliativos, qual a importância da sua atuação neste campo. Foi possível verificar que a presença do psicólogo na equipe hospitalar é essencial, uma vez que, compreende o sujeito como um ser biopsicossocioespiritual. Ao atuar acolhendo e escutando os pacientes e seus familiares, possibilita uma assistência mais humanizada, criando condições para que ambos possam ressignificar seu sofrimento.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Intervenção psicológica. Paciente terminal. Psicologia hospitalar. Terminalidade.

1 INTRODUÇÃO

Vivemos em uma sociedade que considera a cura como a única finalidade dos serviços de saúde. O hospital tornou-se um ambiente onde impera a prevenção e a cura das doenças, neste impasse, torna-se difícil o acompanhamento dos pacientes que não conseguem mais responder de maneira satisfatória ao tratamento ofertado.

Houve um crescimento considerável das doenças crônicas, com o aumento da expectativa de vida e da longevidade é possível observar um aumento de demandas clínicas aos hospitais, exigindo que a sociedade e principalmente os profissionais de saúde se adaptem a essa nova realidade. Os tratamentos e cuidados prestados aos pacientes considerados crônicos denominam-se: Cuidados Paliativos.

Os cuidados paliativos referem-se a um trabalho multidisciplinar, com métodos de intervenção que promovam o bem-estar, atenuando o sofrimento físico, psíquico, social e espiritual dos pacientes e seus familiares. Segundo Menezes & Barbosa (2013, p. 55) “Se, na atenção centrada na cura, o foco recaía sobre a enfermidade, no atendimento em Cuidados

Paliativos trata-se de “cuidar da pessoa como um todo”, para buscar “qualidade” de vida no tempo ainda restante”.

Se por um lado sejam inegáveis os avanços tecnológicos e recursos na área da saúde, por outro, a morte continua sendo um tabu e uma barreira aos profissionais de saúde. A falta de preparo dos profissionais pode resultar em complicações na assistência ao paciente terminal e aos familiares uma vez que todos os envolvidos com o paciente serão afetados por ele. Assim, a pergunta que sustenta a discussão que se fará nesta pesquisa é: Qual a importância do papel do psicólogo hospitalar em cuidados paliativos?

O interesse pelo tema surgiu a partir da minha experiência como técnico de enfermagem em hospitais nos quais tive contato com pacientes terminais. Como acadêmico de psicologia vejo a necessidade em se compreender as situações de pacientes em fase terminal, pois, a morte faz parte do cotidiano de profissionais que atuam ou pretendem atuar no contexto hospitalar. De modo geral, ainda são poucos serviços oferecidos para atendimento a esta demanda em específico. Ao considerar o sofrimento de todos os envolvidos com o paciente terminal, a conscientização da população e dos profissionais é essencial para a quebra de paradigmas e melhoria da saúde pública.

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de pesquisas bibliográficas, com o objetivo de se investigar as atribuições do Psicólogo hospitalar em cuidados paliativos, além de possibilitar a ampliação do conhecimento na área. A partir deste trabalho, buscou-se compreender a importância da prática do profissional neste contexto. De acordo com Gil (2002, p. 44) a pesquisa bibliográfica "é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos". Cervo & Bervian (1983, p. 55) complementam que a pesquisa bibliográfica "explica um problema a partir de referenciais teóricos publicados em documentos".

Para isso foi proposto um problema de pesquisa que esteja em concordância com o objetivo da pesquisa cuja resposta foi explorada em livros, artigos científicos e dissertações a respeito do tema, disponíveis no portal Google acadêmico, BVS PSI e Scielo. Primeiramente foi abordado o conceito e história dos cuidados paliativos, logo após é feita uma reflexão sobre a morte na atualidade, para que partir da compreensão destes conceitos seja apresentada a atuação do psicólogo hospitalar neste contexto, quais intervenções podem ser realizadas junto ao paciente terminal e seus familiares. A hipótese é de que o papel do psicólogo é indispensável, pois, atua junto à equipe, minimizando o sofrimento, ao acolher e escutar os pacientes e seus familiares.

Após receber o diagnóstico de que seu quadro é irreversível o paciente pode apresentar diversas reações, se entregando a doença. De acordo com SOUZA & RODRIGUES (2015) os psicólogos que atuam no contexto hospitalar observaram que comumente os pacientes em fase terminal apresentam uma série de comportamentos que se repetem ao receberem o diagnóstico de doença incurável. Enquanto alguns pacientes obtêm força e esperança para enfrentar a doença, outros lidam de maneira diferente, se entregando a depressão, esperando a hora de morrer. Na maioria das instituições hospitalares ainda se conserva a ideia de que cuidar das necessidades básicas do paciente terminal é suficiente, desconsiderando quase sempre suas necessidades psicológicas.

No hospital a doença é o centro da conversa apenas como ponto de partida, talvez até como um tipo de bom-dia, boa-tarde, boa-noite, mas não é o guia da fala - esta se guia pela associação livre do paciente, e não pela situação de adoecimento, que se faz muito presente mas como ponto de partida, e nunca como objetivo. (SIMONETTI, 2015, p. 159).

Conforme a doença avança, o paciente terminal pouco a pouco vai se afastando de sua história, do que era e viria ser. Neste cenário, ao inserir-se na equipe de cuidados paliativos e oferecer uma escuta qualificada, o psicólogo hospitalar minimiza o sofrimento do paciente, acompanhando-o durante o período de hospitalização, com apoio e acolhimento este profissional ajuda o paciente a expressar e aliviar suas angústias.

2 CUIDADOS PALIATIVOS

A palavra paliativa tem sua origem no latim *palliun* e o seu significado é manto, ou seja, uma proteção para aqueles que não podem mais responder ao tratamento da medicina curativa. Conforme Pessini (2007, p. 208), “O termo paliativo deriva do vocábulo latino *pallium*, que significa manta ou coberta”. O termo teria ainda uma percepção holística, ou seja, consideram-se todas as dimensões do homem, a física, social e espiritual. Isso nos remete ao que venha a ser os cuidados paliativos: uma prática cujo objetivo não é o de curar, mas “encobrir”, diminuir o sofrimento com tratamentos adequados.

De acordo com o *MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS* (2009), o termo cuidado paliativo se confunde com a palavra “hospice”, que se destinava aos abrigos que hospedavam e cuidavam de peregrinos e viajantes. As organizações religiosas foram as responsáveis pela propagação dessas instituições no século XIX, passando a ter características de hospitais.

RODRIGUES (2004) explica que foi na década de 60 no Reino Unido que surgiram importantes movimentos em prol de um cuidado para além da doença. A Enfermeira Cicely Saunders foi a responsável pela transformação do termo *hospice* dando um novo sentido aos cuidados paliativos. Segundo MATSUMOTO (2009), em 1982 a Organização Mundial da saúde (OMS) através de um Comitê de Câncer, instituiu políticas que visavam o alívio da dor e cuidados recomendados para todos os pacientes portadores de câncer.

O *MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS* (2009) afirma que os cuidados paliativos visam o cuidado do paciente com objetivo de melhorar a qualidade de vida. Desta maneira, buscar manter a dignidade humana no percurso da doença, na terminalidade da vida, na morte e durante o processo de luto. Tem por pressuposto que além do paciente a família também deve ser assistida. Os profissionais de saúde devem atuar em equipe e decidir qual a melhor forma de intervenção para com aquele paciente.

A Organização Mundial da Saúde definiu que todos os pacientes que se encontram com doenças graves, crônicas e irreversíveis, comprometendo o seguimento da vida, devem receber cuidados paliativos.

Segundo a definição da OMS, revista em 2002, Cuidado Paliativo é “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”. (MATSUMOTO, 2009, p. 16).

A maioria dos hospitais, apesar dos avanços, ainda não introduziu a prática dos cuidados paliativos. Muitos profissionais não sabem como agir com o paciente terminal e não compreendem que o fato do paciente estar sendo atendido não é suficiente para aliviar seu sofrimento. SANTOS (2009) ressalta que uma unidade de cuidados paliativos precisa funcionar 24 horas. Deve proporcionar todas as informações necessárias para que os familiares consigam identificar impasses, proporcionar proteção, especificar as queixas, responder aos questionamentos e dúvidas, atenuar o sofrimento físico, ouvir o doente e atuar com profissionais capacitados.

Os cuidados paliativos têm a finalidade de proporcionar qualidade de vida para o paciente, durante o decorrer da hospitalização e da doença, com ações que aliviem a dor e o sofrimento, apesar de relevante a prática ainda carece de avanços e ainda há muito que se discutir sobre o tema.

2.1 Cuidados Paliativos no Brasil

Os cuidados paliativos no Brasil tiveram seu início na década de 1980. É uma modalidade ainda recente e com poucos avanços, mesmo diante de um crescimento considerável da prática por volta do ano 2000. Hoje são mais de 40 iniciativas em todo o território nacional. De acordo com o *MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS* (2009) este número ainda é pequeno quando se considera tanto as necessidades como o tamanho do nosso país. Este número não seria suficiente para se oferecer um serviço de qualidade e de acesso para todos.

Segundo RODRIGUES (2004), para se utilizar os cuidados paliativos no Brasil, teólogos, médicos e psicólogos viajaram para a Inglaterra e o Canadá de modo a entrarem em contato com a realidade desses países. Ao voltarem, adequaram a prática do *hospice* à realidade do nosso país e passaram a espalhar os cuidados paliativos. Foram muitas as causas que dificultaram os cuidados paliativos de avançarem no Brasil, como: o tamanho do país, as diferenças sociais e econômicas, as diferenças no acesso aos serviços de saúde, a resistência por parte dos profissionais de saúde em cuidar quando não há mais possibilidade de cura, entre outras. No ano de 1997 instituiu-se a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), formada por profissionais que manifestam interesse no tema e envolvidos na prática de divulgar os cuidados paliativos.

Nos anos 2000 no Hospital do Servidor Estadual de São Paulo surge um programa com o objetivo de cuidar de pacientes portadores de câncer em fase terminal. Posteriormente em fevereiro de 2005 surge a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) com a finalidade de colaborar com o ensino e a pesquisa em cuidados paliativos no Brasil. A criação da academia tornou-se um marco para os cuidados paliativos e a medicina no país.

O que se observa hoje é que muitos profissionais ainda apresentam dificuldades ao abordarem o assunto, sem ter contato com o tema durante a graduação a experiência se dará ao irem para a prática, o que viria a prejudicar o trabalho da equipe como um todo. Segundo FIGUEIREDO (2006), mesmo que de forma lenta, houve um acréscimo no crescimento dos cuidados paliativos no Brasil e os cursos de graduação e pós-graduação devem acrescentar em suas grades, disciplinas sobre o tema. “Infelizmente a Constituição Brasileira não possui nada em definitivo a respeito dos cuidados paliativos. O que não significa que esses cuidados devem ser negligenciados.” (GALHARDO, 2016, p.37).

Apesar de ser recente no Brasil, o trajeto percorrido até aqui contribuiu para que os profissionais conhecessem o tratamento oferecido através dos cuidados paliativos aos pacientes sem prognóstico de cura. Mais do que simplesmente atender o paciente, os cuidados paliativos humanizam e valoriza o ser humano.

3 UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE A MORTE NA ATUALIDADE

A morte suscita debates e discussões no âmbito da ciência, religião e na sociedade. Desde os tempos remotos o ser humano trata desta questão com misticismo e mistério. Para os mais céticos a morte ocorre quando o cérebro deixa de exercer suas funções, ocasionando o fim da consciência. Para os religiosos ela tem um significado de transitoriedade, ou seja, a passagem de um lado para outro. De acordo com XIMENES (2000), a palavra morte tem sua origem no latim e da expressão *morrere* e quer dizer perda ou interrupção da vida, portanto, faz parte de uma etapa natural da vida.

Na antiguidade os rituais e sacrifícios eram uma prática comum, celebrava-se a morte como uma passagem e não como um fim. Ao preparar e sepultar o defunto acreditava-se que ele passaria para outro mundo. “Mitos e ritos sobre a morte são incontáveis; todas as culturas criam uma forma especial de imaginar e contar a própria versão, estruturando as características coletivas das diferentes civilizações.” (CALLIA, 2005, p. 9). De acordo com MARANHÃO (1998) as demonstrações de luto como exteriorização do sofrimento e da lembrança pela perda, eram cuidadosamente seguidas por um tempo até que os entes queridos retornassem ao convívio cotidiano.

No decorrer dos anos a relação do homem com a morte passou por transformações, tanto nos costumes e rituais como na maneira como ele vivencia o luto. Homicídios, acidentes, guerras, são constantemente noticiados nas mídias e nos telejornais, no entanto, a vida ocupada e acelerada do homem moderno não permite que ele pare diante da morte. Segundo FERNANDES *et al.* (2006), o mundo no qual vivemos não nos educa para a morte e nem para enfrentá-la. Faz o homem se esconder da morte não pensando nela. KUBLERROSS (1981) afirma que na atualidade, a morte é vista como fracasso e algo vergonhoso. Empenha-se em destruí-la a qualquer modo, porém, quando esse objetivo não é alcançado, busca-se negar a morte.

No passado o doente quase sempre morria em casa, acompanhado por amigos e familiares, hoje o paciente é encaminhado para o hospital. BELLATO & CARVALHO (2005) destacam que tanto a aversão à morte como os conhecimentos obtidos para retardá-la pela medicina, atestaram o deslocamento do leito do paciente da sua casa para o hospital. COSTA & LIMA (2005) complementam que a morte agora é legalizada e tratada medicamente. Diante deste fato, pode-se concluir que se por um lado o hospital possibilita cura das doenças, por outro nega-se o morrer, pois, é um ambiente que luta das mais variadas formas pela vida.

Com o avanço da medicina a morte é prolongada ao máximo. Os produtos para beleza prometem retardar o envelhecimento como forma inconsciente de negar a finitude, pois, envelhecer é estar mais próximo de morrer. “Nossa consciência recusa-se a aceitar esta verdade inegável. Ordinariamente nos apegamos ao nosso passado e ficamos presos à ilusão de nossa juventude.” (JUNG, 1984, p. 364). Segundo KAVÁCS (2003), quando se nega a morte pode se ter a falsa impressão de poder e domínio. Contudo, o luto não elaborado acarreta consequências para os sujeitos, deixando-os mais propensos a ficarem doentes. O homem na atualidade substituiu a morte pela busca do prazer a qualquer preço. Nos tempos atuais além do medo, nega-se a morte, a dificuldade em lidar com essa questão pode levar o sujeito ao adoecimento.

Na atualidade o ideário paliativista tem por objetivo proporcionar ao paciente uma “boa morte”. Para isso, é importante que o doente tenha o direito de resolver assuntos pessoais, tenha autonomia de decidir questões relacionadas ao seu falecimento, como rituais e despedidas. Segundo Menezes & Barbosa (2013, p. 2657) “encontros e rituais são organizados, como noivados, casamentos e/ou batismos em hospitais, parentes viajam para receber perdão ou para perdoar ofensas antigas, documentos são assinados, entre outras medidas, avaliadas como indispensáveis para uma “boa conclusão” da vida”.

Os cuidados paliativos objetivam a humanização do morrer, através de uma equipe capacitada e ampliada de profissionais que buscam oferecer um cenário mais tranquilo para o doente em torno de sua morte. Neste sentido, de acordo com SIMONETTI (2004) cabe ao psicólogo se disponibilizar para escutar o paciente falar de si mesmo, sobre sua doença, o viver e o morrer, seus medos, vontades, do que desejar falar.

4 PSICOLOGIA HOSPITALAR E CUIDADOS PALIATIVOS

A psicologia hospitalar é uma área que se dedica a compreender e tratar os aspectos psicológicos que podem surgir em torno do paciente durante a hospitalização. De acordo com

Simonetti (2004, p. 15) “Psicologia hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento.” Ao mesmo tempo, em que seu trabalho está voltado para as doenças ligadas a uma causa psíquica, volta-se também para as dificuldades apresentadas pela família do paciente e pela equipe hospitalar.

Segundo SIMONETTI (2004), o adoecimento ocorre quando o sujeito com toda a sua subjetividade ao se deparar com o “real”, de origem patológica, que chamamos de doença, produz uma série de aspectos psicológicos que podem se revelar tanto no paciente, como na família e nos profissionais envolvidos. “O paciente ao ser hospitalizado sofre um processo de total despersonalização. Deixa de ter o seu próprio nome e passa a ser um número de leito ou então alguém portador de uma determinada patologia.” (ANGERAMI, 2003, p. 16).

Dentre às diversas áreas no cenário hospitalar encontra-se a dos cuidados paliativos que se dedica a avaliar e prestar cuidados aos pacientes que não se encontram mais em condições de responder ao tratamento, atenuando a dor e o sofrimento destes. Nunes (2009, p.

218) salienta que “paralelamente é imprescindível conhecer os princípios dos Cuidados Paliativos. O trabalho em equipe é um deles e pressupõe que o psicólogo desenvolva a habilidade de comunicar-se com profissionais de outras áreas do conhecimento”.

Só podemos falar em cuidados paliativos quando incluímos a equipe de profissionais do ambiente hospitalar nos cuidados para com o paciente de maneira multidisciplinar. Dentre os profissionais que formam a equipe de cuidados paliativos é possível citar: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas e fisioterapeutas que lidam diretamente com os sintomas corporais, padres, pastores e sacerdotes de religiões diversas que lidam diretamente com as questões espirituais, psiquiatras e psicólogos que cuidam das questões e sintomas da mente. Segundo o CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (2008) os cuidados paliativos seriam o agrupamento de ações multiprofissionais com a finalidade de controlar os sintomas corporais, espirituais, mentais e sociais que acometem o paciente em fase terminal.

O papel do psicólogo neste campo seria de extrema importância, uma vez que ele pode direcionar suas ações também para com a família e a equipe. De acordo com Nunes (2009, p.

218), “a atividade cotidiana lança indagações e desafios aos quais o psicólogo deve responder criativamente, buscando fundamentar seu trabalho num referencial teórico consistente (psicanálise, psicologia analítica, psicologia social, análise do comportamento, etc.)” Como

propõe Franco (2008, p. 74) “Neste âmbito, a psicologia coloca-se como elo entre o profissional e a unidade de cuidados, fazendo o que chamo de tradução entre duas culturas.”

A falta de preparo dos profissionais de saúde resulta em complicações na assistência ao paciente terminal e aos familiares uma vez que todos os envolvidos com o paciente serão afetados por ele. A seguir veremos quais as possíveis intervenções do psicólogo hospitalar junto aos familiares e o paciente terminal.

4.1 A Família no ambiente hospitalar

A relação do paciente com seus familiares ou cuidadores do mesmo modo que pode ser benéfica pode prejudicar o processo de adoecimento e morte, “o entendimento de que o núcleo familiar compõe um todo, e, como um todo organizado distribui papéis a seus participantes, tendo estes, relações profundas entre si, auxilia também na avaliação do momento do adoecimento de um dos seres da família.” (LUSTOSA, 2007, p. 04).

O adoecimento é um fenômeno com características subjetivas, ou seja, cada pessoa vivencia o adoecer de um jeito único. Junto às características subjetivas é possível citar a influência da cultura nas diferentes maneiras de reagir frente à dor. “A doença representa um ataque à estrutura da personalidade e à estrutura familiar, além de determinar uma crise acidental na existência do ser humano.” (LUSTOSA, 2007, p. 04).

Muita das vezes quando o paciente recebe o diagnóstico de doença fatal os familiares tendem a sentir culpa pelo ocorrido. “Se ao menos o tivesse mandando antes ao médico!” (KUBLER-ROSS, 2005, p. 167). Nesta situação não basta apenas dizer aos familiares para não sentirem culpa, o primeiro passo é acolher e ouvir essas pessoas, pois, pode haver razões ocultas por trás deste sentimento. Nos primeiros momentos é comum os familiares negarem o diagnóstico, e podem omitir informações do paciente na tentativa de protegê-lo. Segundo o *MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS* (2009) na tentativa de resguardar o doente, os familiares podem omitir informações referentes ao diagnóstico e ao tratamento, este comportamento é nomeado de “conspiração de silêncio”.

De acordo com LUSTOSA (2007) a família pode apresentar vários desafios na hospitalização como: ausência de informações sobre o estado de saúde do doente, às vezes a equipe não sabe como informar de maneira adequada a família; falta de tempo para lidar com as questões hospitalares; dificuldade de escolher um membro que possa acompanhar o paciente

durante a hospitalização; tomar decisões sobre o tratamento como medicações, internações, procedimentos, entre outros.

O psicólogo precisa incentivar a família e o paciente a falarem livremente sobre suas inquietações, legitimando seus discursos, auxiliando para que eles possam elaborar a experiência do adoecimento. De acordo com Lustosa (2007, p. 06), “este profissional traz, com sua compreensão teórica e habilidade técnica, a possibilidade de auxílio na reorganização egóica do todo familiar, frente ao sofrimento atual. Facilita a elaboração de fantasias, medos e angústias próprios de um momento como este. Pode dar suporte ao enfrentamento da dor, sofrimento e medo da perda do paciente”. MATSUMOTO (2009) afirma que a família conhece bem o paciente, suas qualidades, vontades, angústias, que possam não ter sido expressas pelo paciente, dessa forma, a família seria nossa cooperadora e aliada.

4.2 Intervenção Psicológica junto ao paciente terminal

Não há um corpo orgânico, ou seja, biológico, que funcione independentemente da realidade psíquica, a médica Cecily Saunders, pioneira em cuidados paliativos, desenvolveu uma ideia de dor que engloba o ser humano em sua totalidade. De acordo com Nunes (2009, p. 218), “a noção de “dor total” desenvolvida na década de 1960 pela médica inglesa Cecily Saunders implica diretamente a ação do psicólogo, visto que reconhece, ao lado das razões orgânicas, o fator emocional – além do social e espiritual, acrescentaria Saunders – como aspecto envolvido na dor e em outros sintomas físicos”.

“Do ponto de vista subjetivo, terminal passa a ser qualquer pessoa, quando 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). Diante da subjetividade do paciente terminal, com todas as suas crenças e afetos, o psicólogo pode utilizar-se da escuta, possibilitando que o doente elabore suas questões. É importante deixar que os pacientes falem e expressem sua dor. Os gritos e choros não devem ser impedidos. Assim, já seria o início da elaboração do luto. KUBLER-ROSS (1981) afirma que a melhor maneira de ajudar o parente, a criança e o adulto nesta situação é compartilhar os sentimentos permitindo os enfrentamentos racionais ou não.

Ainda de acordo com a autora em seu livro “*SOBRE A MORTE E O MORRER*” (1981) seriam cinco os estágios pelos quais os pacientes terminais passam na elaboração do luto: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

O primeiro estágio seria a negação, um mecanismo usado para negar a doença, de início o paciente não acredita no diagnóstico. A negação atua como um para-choque, uma proteção contra notícias inesperadas e abruptas. Segundo Kubler-Ross (1981, p. 51), “a negação, ou pelo menos a negação parcial, é usada por quase todos os pacientes, ou nos primeiros estágios da doença ou logo após a constatação, ou, às vezes numa fase posterior.”

Assim que o paciente passa a fase de negação entra em cena o sentimento de raiva e revolta. Ele pode questionar a equipe, a família e até mesmo Deus, agindo com hostilidade e agressividade. Isso ocorre porque o doente se vê impotente diante da doença. KUBLERROSS (1981) afirma que ao não conseguir sustentar mais o estágio de negação da doença, o paciente passa a sentir raiva, inveja e ressentimento. Simonetti (2004, p. 44-45) complementa que na posição de raiva “a pessoa cai na real, enxerga a doença e enche-se de uma revolta que pode ser dirigida para qualquer lado: contra a doença, contra o médico que a comunica, contra a equipe de enfermagem, contra si mesmo, contra a família, contra o mundo ou contra quem aparecer por perto”.

No terceiro estágio entra em cena a barganha, uma tentativa do paciente de encontrar a solução para a sua doença, envolve-se em pactos ou promessas na tentativa de reverter o quadro. Podem surgir discursos como “serei uma pessoa melhor”, “terei uma vida saudável”, “se a minha prece for respondida, não farei mais isso”. Segundo KUBLER-ROSS (1981), quase todas as tentativas de barganha são realizadas com Deus, são escondidas, ditas indiretamente nas capelas. Ao perceber que o seu quadro clínico não obteve melhoras e que a situação na qual se encontra é irreversível, o paciente chega à fase da depressão.

Na depressão o paciente fica consciente de sua condição, com um comportamento mais introspectivo, procura isolar-se com sentimentos de tristeza e pesar. “Seu alheamento ou estoicismo, sua revolta e raiva cederão lugar a um sentimento de grande perda.” (KÜBLERROSS, 1981, p. 98). O sentimento de perda faz com que o paciente pouco a pouco vá se entregando a tristeza. De acordo com SIMONETTI (2004), no estágio da depressão o sujeito se rende de maneira passiva a sua doença. Ele desiste e não nutre mais esperança pelo futuro, podendo chegar a rejeitar o tratamento.

O último estágio seria a aceitação, ao contrário do que muitos pensam ao aceitar a sua condição o paciente não desistiu de lutar, ele apenas aceitou a verdade da doença e compreende que seu fim está próximo, como afirma Kubler- Ross (2008, p.117) “atingirá um estágio em que não mais sentirá depressão nem raiva quanto a seu “destino”. Terá podido externar seus sentimentos, sua inveja pelos vivos e sadios e sua raiva por aqueles, que não são obrigados a enfrentar a morte tão cedo. Terá lamentado a perda iminente de pessoas e lugares queridos e contemplará seu fim próximo com certo grau de tranquila expectativa.”

É importante que o psicólogo hospitalar compreenda as fases do luto, uma vez que esses eventos acometem o paciente e acaba também por envolver toda a equipe. KUBLERROSS (1981) relata que apesar do sofrimento durante o processo de luto, a esperança é algo que se mantém em todos os estágios. A esperança ajuda o paciente a suportar o processo de adoecimento.

Em psicologia hospitalar o olhar não se volta para a doença, mas para a pessoa doente. Utilizando do diálogo o profissional pode conhecer mais sobre o paciente, sua história de vida, seus gostos e interesses. A conversa deve ser leve e não necessariamente precisa de um roteiro. Nas palavras de Simonetti (2004, p. 125) “esse tipo de abordagem é muito agradável para o paciente, e favorece uma transferência positiva com o psicólogo. Aliás, vale ressaltar que, se para o psicólogo o atendimento é uma entrevista, para o paciente é melhor que ela se pareça a uma conversa, e nisso reside a arte da psicologia clínica”. É importante que o psicólogo adéque sua linguagem do mais rebuscado ao mais simples, pois, de acordo com SIMONETTI (2004), a palavra pertence a quem escuta, o ouvinte é quem dá sentido a palavra.

Em algumas situações como consequência de um coma, entubação ou evolução do quadro clínico, o paciente fica impossibilitado de se comunicar através da fala, nestes casos o psicólogo pode utilizar outras formas de comunicação, como os gestos, o toque ou até mesmo a escrita. Segundo SIMONETTI (2004), o psicólogo pode adotar a estratégia de informar ao paciente que está ciente que ele não consegue falar naquele momento, mas que vai informá-lo sobre o tratamento, a preocupação da família, pode ler livros e histórias para ele.

Existem algumas implicações relacionadas ao atendimento de pacientes terminais em cuidados paliativos, além dos atendimentos serem realizados a beira do leito, muitas vezes o paciente encontra-se definhando, sofrendo e sentindo dores intensas, um fator importante ser salientado é a postura do psicólogo, ANGERAMI (2003) destaca que o profissional tenha clareza sobre os aspectos relacionados à terminalidade e a morte, porém, o terapeuta não deve agir com indiferença a morte, a existência do homem é única e precisa ser vivida e sentida.

Simonetti (2015, p. 116) complementa que “é sempre da ordem do tropeço o encontro com a doença, nunca é um encontro marcado, apesar de todos saberem que um dia ele se dará”.

Na maior parte das instituições hospitalares ainda se acredita que apenas os procedimentos médicos são suficientes para o paciente terminal, deixa-se em segundo plano sua subjetividade, neste sentido é papel da psicologia com uma postura empática e acolhedora, atuar diminuindo a dor e angústia do paciente tanto ao nível de prevenção como durante o processo de adoecimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pesquisa pode-se constatar que a inserção do profissional de psicologia no campo de cuidados paliativos garante os princípios determinados pela Organização Mundial da Saúde. Levando-se em conta o acentuado sofrimento que os pacientes terminais e seus familiares vivenciam no período de hospitalização frente à possibilidade de morte, o psicólogo pode “lançar mão” de intervenções, minimizando o sofrimento dos pacientes, familiares e equipe de saúde.

A presença do psicólogo hospitalar na equipe de cuidados paliativos é de suma importância, pois, auxilia os pacientes terminais a lidarem melhor com a terminalidade, adquirindo equilíbrio emocional, o que contribui para o tratamento. Constata-se que o trabalho desenvolvido pelo psicólogo hospitalar possibilita uma assistência mais humanizada ao reconhecer a subjetividade de cada sujeito, permitindo que ele possa ressignificar o seu sofrimento, olhando o doente não apenas como um portador de doença incurável, mas como um ser humano que merece ser tratado com dignidade.

Apesar de a morte ser um acontecimento recorrente nos hospitais, os profissionais ainda apresentam certa dificuldade de lidar com o fenômeno e há impasses quanto a sua atuação. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde, além do psicólogo, obtenham durante a graduação conhecimentos relacionados à finitude, desmistificando ideias e crenças fixadas na sociedade e na cultura. CHIATTONE (2009) realça que nas grades curriculares de Psicologia, ainda não há disciplinas incluídas sobre a prática do profissional em situações de morte e perda, o que acaba por complicar sua atuação ao inserir-se no contexto hospitalar.

Apesar do crescimento de doenças crônicas e do aumento da população de idosos, os cuidados paliativos ainda não são reconhecidos como especialidade na formação acadêmica. De

acordo com OTHERO & GOMES (2016) dados de uma pesquisa do IBGE demonstram que houve crescimento de mais de 50% da população idosa no Brasil, o que corresponde a 11% da população.

A psicologia se propõe a compreender e a tratar o sofrimento humano, competiria incluir os cuidados paliativos em seu campo de conhecimento, segundo Melo, Valero & Menezes (2013, p. 452) “não se observa no campo da psicologia tal movimento para o reconhecimento dos CP como especialidade na formação profissional, visto que de acordo com a Resolução nº 13 em 14 de setembro de 2007 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2007) as ações do psicólogo junto a pacientes terminais e familiares estão inseridas apenas nas especialidades da psicologia clínica e psicologia hospitalar”.

A psicologia pode colaborar bastante para o conhecimento sobre os cuidados paliativos, apesar de que durante a pesquisa foram identificados poucos trabalhos publicados por psicólogos sobre a área. Almeja-se que o presente artigo consiga comover a comunidade acadêmica e os profissionais, para uma ampla esfera de conhecimento desprovida de produções e apoio próprio da psicologia.

6 REFERÊNCIAS

- ADRIANA COLAMBANI, *et al.* **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
- 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.
- BELLATO, R; CARVALHO, E.C. **O jogo existencial e a ritualização da morte**. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, vol. 13, n.1, p.99-104, 2005.
- CALLIA, Marcos H. P. Introdução. In: OLIVEIRA, Marcos Fleury de; CALLIA, Marcos H. P. (orgs). **Reflexões Sobre a Morte no Brasil**. São Paulo: Paulus, 2005.
- CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.
- CHIATTONE, H. B. de C. **A significação da psicologia no contexto hospitalar**. In: V. A. Angerami-Camon (ed.) *Psicologia da saúde: Um novo significado para a prática clínica* (p. 73-165). São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2009.
- COSTA, J.C; LIMA, R.A.G. **Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança / adolescente no processo de morte e morrer**. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, vol. 13, n. 2, 2005.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira, 2008.

FERNANDES, et al. **A morte em unidade de terapia intensiva: percepções do enfermeiro**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, 2006.

FIGUEIREDO, M.T.A. **Reflexões sobre os cuidados paliativos no Brasil**. Revista Prática Hospitalar 2006; 8(47): 36-40.

GALHARDO. M.M. **A Importância da Humanização com Paciente Terminal**. São Lourenço, 2016.

GIL. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JUNG, C.G. **A Dinâmica do Inconsciente: A Natureza da Psique**. Petrópolis: Editora Vozes, 1984.

KOVÁCS, M. J. **Educação Para a Morte – Desafios Na Formação de Profissionais de Saúde e Educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Sobre a morte e o morrer: O que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

LUSTOSA. **A família do paciente internado**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, vol.10, n.1, p. 3-8, jun. 2007.

MARANHÃO, José Luiz de Souza. **O que é Morte**. São Paulo: Brasiliense, 1998.

MATSUMOTO, Y.D. **Breve Histórico dos Cuidados Paliativos**. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (org). Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p 15-18

MENEZES, R.A & BARBOSA, P.C. **A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças**. Revista: Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V.18, p. 2657, 2013.

NUNES, L.V. **Papel do Psicólogo em Cuidados Paliativos**. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (org). Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p 218.

OTHERO, M.B & GOMES, A. L. Z **Cuidados paliativos**. Estud. Avançados, São Paulo, vol. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.

PESSINI. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.

RODRIGUES TRUCHARTE, F.A.; KNIJNIK. R.B.; SEBASTIANI. R.W.; ANGERAMI, C. **Psicologia Hospitalar: Teoria e prática.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

RODRIGUES, INÊS GIMENES. **Cuidados paliativos: análise de conceito.** Ribeirão Preto, 2004.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer.** São Paulo: Atheneu, 2009.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia hospitalar: o mapa da doença.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SIMONETTI, Alfredo. **Psicologia hospitalar e psicanálise.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 2015.

SOUZA, M.; RODRIGUES, S. **A inclusão dos pacientes em estado terminal pelo viés da atuação da psicologia hospitalar.** Anais do II Seminário Internacional de Integração ÉtnicoRacial, 2015, vol. 1, Nº 2. 96-100

XIMENES, F.R. G, COSTA, M.C. F, ROCHA, J, CUNHA, I.C.K.O. **Auxiliares e técnicos de enfermagem na saúde da família: perfil sociodemográfico e necessidades de qualificação.** Trab Educ Saúde. 2000; 6(1): 51-64. 19