

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO
- UNIBRA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

KAREN QUIRINO DE SANTANA
VANESCA SIMÕES FERREIRA

**A INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATUAÇÃO COM
IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: QUALIDADE DE
VIDA PARA A MORTE**

Recife, 2022

KAREN QUIRINO DE SANTANA
VANESCA SIMÕES FERREIRA

**A INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATUAÇÃO COM
IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: QUALIDADE DE
VIDA PARA A MORTE**

Artigo apresentado ao Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Professor orientador: Me.Danilo Manoel Farias da Silva.

Recife, 2022

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 1745.

S232i Santana, Karen Quirino de
A intervenção do psicólogo na atuação com idosos em cuidados paliativos: qualidade de vida para a morte / Karen Quirino de Santana, Vanesca Simões Ferreira. Recife: O Autor, 2022.

31 p.

Orientador(a): Me. Danilo Manoel Farias da Silva.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Psicologia, 2022.

Inclui Referências.

1. Cuidados paliativos. 2. Psicologia. 3. Equipe multiprofissional. 4. Luto. I. Ferreira, Vanesca Simões. II. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. III. Título.

CDU: 159.9

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que está sempre à frente de tudo, sem ele não conseguimos concluir esse trabalho;

Aos nossos pais e familiares que nos ajudaram nessa caminhada;

Ao nosso professor e orientador Danilo Silva pelas correções e ensinamentos.

*“Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa.
Por isso aprendemos sempre.”
(Paulo Freire)*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
2.1 A avaliação cuidadosa e minuciosa no tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais e psicológicos, durante os cuidados paliativos.....	8
2.2 As etapas do luto do paciente terminal e como o psicólogo pode auxiliar nesse processo.....	11
2.3 As dificuldades da equipe multiprofissional diante do atendimento de um paciente em estágio terminal e sua família.....	15
2.4 Como a psicologia pode promover a qualidade de vida e alívio do sofrimento para o paciente em estágio terminal e para seus familiares.....	18
3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	22
4 RESULTADOS.....	23
5 DISCUSSÃO.....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

A INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATUAÇÃO COM IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: QUALIDADE DE VIDA PARA A MORTE

Karen Quirino de Santana

Vanesca Simões Ferreira

Professor orientador: Danilo Silva

Resumo: O presente trabalho, buscou abordar a vivência do idoso em estado terminal, o qual, não encontra na medicina mais recursos para a cura da sua doença, nesses casos, os tratamentos dispensados são apenas paliativos, e tentam, nesta fase final ofertá-los uma qualidade de vida um pouco melhor. Com isso, nosso objetivo geral de pesquisa consistiu em analisar a atuação da psicologia em cuidados paliativos. Ao que obtivemos uma concepção abrangente do papel do psicólogo nesse contexto. Para tal, utilizamos o método bibliográfico para coleta de dados de pesquisa. Em conclusão, temos o psicólogo, como membro da equipe multiprofissional envolvida nesses cuidados paliativos e como profissional responsável pela saúde mental, que pode conduzir a equipe hospitalar em que atua por um caminho de empatia voltado para o bem estar do paciente, bem como, auxiliar o paciente e a sua família a lidar com o sofrimento e sentimentos de luto vivenciados. Ou seja, a visão e atuação do psicólogo nesse contexto, é essencial para uma melhor qualidade de vida para o paciente, bem como, para auxiliar os familiares em todo o processo.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Psicologia. Equipe Multiprofissional. Luto.

INTRODUÇÃO

Ao decorrer de nossa vida, enfrentamos diversas angústias, muitas delas atreladas a questões típicas e consideravelmente comuns, para cada idade. Enquanto na infância, vemos predominantemente questões de adaptação escolar e familiar, na adolescência, além das questões familiares, vemos questões de identidade e aceitação social. O mesmo ocorre na fase adulta, onde buscamos companhia e estabilidade financeira (ERIKSON, 2013). Nesse sentido, entendemos que a terceira idade teria, também, as suas próprias angústias, medos e conflitos relativos a esse período tão importante da vida, que é perpassado pelo medo da morte.

Desse modo, encontramos dentro da terceira idade, um grupo específico, o qual tomamos como foco da nossa pesquisa, que são os idosos com problemas de saúde em estágio terminal e que não encontram mais recursos dentro da medicina para a cura. Para esse grupo específico, são dispensados tratamentos paliativos com intuito de melhorar, mesmo que minimamente, a qualidade de vida antes do fatídico momento da morte, e a psicologia faz parte do grupo multiprofissional envolvido nesses cuidados paliativos.

Foi pensando na demanda psicológica específica dos idosos com problemas de saúde e em estágio terminal, que construímos essa pesquisa. A fim de apresentar reflexões sobre o papel do psicólogo na prática dos cuidados paliativos e a influência que o tratamento psicológico pode obter, especificamente, neste grupo.

Para tal, temos como objetivo geral: Analisar a atuação da psicologia com os idosos em cuidados paliativos.

Como objetivos específicos, temos: a) Explicar como ocorre a avaliação cuidadosa e minuciosa no tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais e psicológicos; b) Analisar as etapas do luto do paciente terminal e como o psicólogo pode auxiliar nesse processo; c) Abordar as dificuldades da equipe multiprofissional diante do atendimento de um paciente em estágio terminal e sua família; d) Compreender como a psicologia pode promover a qualidade de vida e alívio do sofrimento para o paciente e para seus familiares.

A pergunta, ou problema de pesquisa, que buscamos responder é: Como a atuação da psicologia nos cuidados paliativos pode auxiliar e promover qualidade de vida para morte aos pacientes idosos?

A metodologia de pesquisa utilizada foi o método qualitativo, bibliográfico descritivo, pois buscamos na bibliografia pré-existente fontes que nos indicassem tanto como ocorre o funcionamento das equipes multiprofissionais hospitalares em cuidados paliativos, como qual o papel que vem sendo feito e apresentado pela psicologia nessa atuação. Também foi importante buscar na bibliografia as influências advindas do trabalho do psicólogo à idosos nessa condição, e avaliar de modo qualitativo essas influências para os idosos em estado terminal.

A escolha por buscar analisar a influência do trabalho psicológico em pacientes idosos em estado terminal, veio da necessidade de um olhar empático voltado para esses idosos, mesmo, estando eles, frente a morte e a iminência dos momentos finais de sua vida.

Não obstante, a pesquisa é justificável cientificamente, por trazer o foco e um maior conhecimento sobre uma população de pesquisa que pode ser beneficiada por trabalhos em torno da melhor atuação e acolhimento psicológico para eles, pois podem encontrar na psicologia espaço não apenas para sentir-se acolhidos, mas também para o alívio da angústia e auxílio para lidar com o sentimento de luto.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A avaliação cuidadosa e minuciosa no tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais e psicológicos, durante os cuidados paliativos.

Antes de falarmos sobre os sintomas físicos, sociais e psicológicos dos idosos em estado terminal, é importante contextualizar o que seria esse quadro irreversível, propriamente dito, bem como, o que é e quais são os cuidados paliativos encontrados hoje em dia na área hospitalar que lida com esses pacientes terminais. Deste modo, podemos compreender o paciente terminal, como aquele que foi acometido por uma doença terminal (que não pode ser curada), e não se vê, clinicamente falando, uma possibilidade de retorno ao estado de saúde prévio à doença. Ou seja, a possibilidade de morte a curto prazo é prevista e inevitável (GUTIERREZ, 2001).

Para que um paciente seja caracterizado como terminal, é necessário que esteja num período de declínio progressivo funcional, e esse declínio pode variar a depender da doença terminal específica a qual foi acometido. As doenças que geralmente estão presentes nos quadros terminais incluem: câncer metastático, demência grave, acidente vascular encefálico incapacitante, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças neurológicas degenerativas e afins (COBBS; BLACKSTONE; LYNN, 2021).

Apesar das possíveis variações de progressão do quadro clínico, ao identificar o estado de terminalidade, o médico deve comunicar ao paciente qual seria a evolução provável da doença, os tratamentos e cuidados paliativos necessários e também o período estimado de sobrevivência desse paciente. Deste modo, sendo o principal receptor das informações, é o paciente que decide se deve existir a comunicação do seu quadro clínico a familiares e amigos ou não, em exceção de casos onde exista um procurador legal de longo prazo (COBBS; BLACKSTONE; LYNN, 2021).

Os pacientes nesta condição, que optam por viver no hospital, recebem visitas e auxílio de familiares (quando dispõem dessa rede familiar de apoio), e cabe aos profissionais da rede de saúde estabelecer de forma clara a real situação do paciente, para que exista realmente a compreensão da predominante possibilidade

da morte eminente, e dessa forma, o paciente possa realizar o preparo psicossocial e também espiritual (em alguns casos), necessário para esse momento (COBBS; BLACKSTONE; LYNN, 2021).

Muitas prioridades podem sofrer alterações quando o indivíduo encontra-se frente a um tempo estimado e limitado de vida. Ou seja, as escolhas do paciente vão nortear quais serão os cuidados paliativos que serão seguidos. Se ele prefere prolongar o tempo de vida, mesmo que isso signifique perder maiores funcionalidades e dependência, se a preferência é por uma maior qualidade de sobrevivência, manter as funcionalidades e diminuição tanto quanto possível dos sintomas e etc (COBBS; BLACKSTONE; LYNN, 2021).

Proporcionar a estes pacientes e a seus familiares uma melhor qualidade de sobrevivência na medida do possível para as condições em que ele se encontra é a principal missão da equipe multiprofissional. Sendo realizado um trabalho que envolve a comunicação, registro documentado e avaliações de diversas áreas da saúde, estando psicólogo incluído principalmente nas questões psicossociais (CARDOSO et al.,2013).

Os cuidados paliativos podem ser definidos como a assistência consistente que é promovida por uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, que se coloca em atuação com objetivo de melhorar a qualidade de vida tanto para o paciente, como para o seu grupo familiar, frente a uma doença terminal, com intuito de apaziguar, aliviar e prevenir todos os tipos de sofrimento (físicos, sociais, psicológicos e espirituais) (OMS, 2002).

Esses cuidados paliativos podem variar de acordo com a doença terminal acometida pelo paciente, e inclui além do auxílio a lidar com a carga devastadora de emoções, sentimentos de luto e etc, a necessidade dos cuidados clínicos, como tratamentos cirúrgicos, radioterápicos em algumas situações e todos os cuidados que ajudem a atenuar o sofrimento sentido (OMS, 2002).

Uma síntese dos objetivos seguidos pela equipe multiprofissional nos cuidados paliativos, inclui ações como: Possibilitar alívio para sintomas estressores; Auxiliar na compreensão, por parte do paciente e familiares, da vida e da morte como processos naturais inerentes a todos; Levar em consideração as demandas psicológicas, sociais e espirituais do paciente e familiares; Evitar que a morte seja apressada ou adiada; Apoiar o paciente e sua família mesmo que o ambiente escolhido não seja o hospitalar; Incluir profissionais de modo interdisciplinar, a fim de

suprir as múltiplas necessidades do paciente e família; e por fim, oferecer o suporte necessário a família após o óbito (OMS, 2002).

A assistência oferecida aos pacientes terminais passa pelo “*hospice*”, o Centro de Cuidados Paliativos, ou seja, um local destinado apenas para as pessoas que receberam o diagnóstico de doença terminal e a estimativa de poucos meses de vida. Nesse ambiente, todo o cuidado paliativo realizado, visa o conforto daquele paciente e não a cura da sua doença. Esse serviço pode ser prestado de modo domiciliar ou hospitalar, contando com a equipe multiprofissional 24 horas por dia, todos os dias da semana, em ambas as modalidades de atendimento (COBBS; BLACKSTONE; LYNN, 2021).

Embora os cuidados paliativos sejam destinados a pacientes terminais, os pacientes podem optar por dar continuidade ou não a esses cuidados, podendo realizá-los intermitentemente (deixar o tratamento e voltar em algum momento). É interessante ressaltar, que apesar do diagnóstico terminal, o paciente ainda é elegível a cobertura médica para além dos cuidados paliativos em alguns países (os Estados Unidos é um exemplo) (COBBS; BLACKSTONE; LYNN, 2021).

Na pesquisa realizada por Cardoso, Muniz e Schwartz (2013) “Cuidados paliativos na assistência hospitalar: A vivência de uma equipe multiprofissional”, é apresentada a visão dos profissionais envolvidos nos cuidados paliativos a respeito de como devem ser prestados esses serviços. Embora seja mencionada a importância de incluir a família e da humanização do cuidado prestado, é interessante como a maioria deu ênfase aos cuidados paliativos físicos com maior riqueza de detalhes (exames, procedimentos clínicos a serem seguidos e etc). Já quando o assunto são os sintomas e/ou sofrimentos psicossociais, apesar de existir a preocupação em aliviar esses sintomas, não há um aprofundamento no que diz respeito a quais sintomas são, nem em como é realizado esse cuidado psicossocial. Outra questão observada, foi o esquecimento da esfera espiritual como um fator de alívio e/ou sofrimento para os pacientes terminais, que estão lidando com a ideia da morte cotidianamente.

Nesse sentido, podemos ressaltar como o profissional em psicologia pode acrescentar o olhar minucioso para a esfera de sofrimento psicológico a qual o paciente terminal vivencia. Mesmo que, historicamente falando, o psicólogo inicialmente não fazia parte das equipes multiprofissionais (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011)

Na esfera psicológica, esses idosos precisam lidar com as questões que envolvem o diagnóstico fatalista recebido. Ou seja, enfrentam o medo da morte iminente (KUBLER-ROSS, 2017). É sobre esse sentimento de luto, a predominante preocupação que perpassa os cuidados paliativos, que iremos nos aprofundar no próximo capítulo, a fim de compreender melhor, qual o papel do psicólogo e como ele pode auxiliar o idoso terminal nesse processo.

2.2 As etapas do luto do paciente terminal e como o psicólogo pode auxiliar nesse processo

A terceira idade é tida como a fase final da vida. Após todas as experiências e fases do desenvolvimento anteriores vivenciadas e o sentimento de integridade ou desespero vindo com elas, os idosos possuem, mesmo que distante de suas mentes, a consciência de que estão vivendo a última fase da sua vida (ERIKSON, 2013).

Mesmo que esta ideia de morte seja incluída nos vários dilemas da terceira idade, as pessoas costumam se preparar para aproveitar seus dias e realizar seus desejos até então não realizados nessa fase da vida. Acontece que, a pessoa idosa, não sabe quanto tempo exatamente lhe resta para viver o que planejou. Ela pode viver mais 10,20,30 anos, podendo assim, manter os pensamentos sobre a morte sendo evitados (ERIKSON, 2013).

No caso dos pacientes terminais, que foram acometidos por doenças terminais na terceira idade, esse “tempo indeterminado” foi tirado deles. Ao receber o diagnóstico e a notícia da necessidade apenas de cuidados paliativos, essas pessoas precisam “preparar-se para a morte”, o que pode suscitar vários sentimentos, sendo o luto um deles (COBBS; BLACKSTONE; LYNN, 2021).

Nesse panorama, quando falamos de luto, nossa mente nos remete ao período após a perda de um ente querido, e de fato, o luto é um processo de dor e tristeza profundas, caracterizado pela perda de um objeto de desejo/de amor e pelo desinteresse e incapacidade de direcionar o seu desejo para um novo objeto (FREUD, 1915).

Acontece que, quando lidamos com pacientes que receberam o diagnóstico terminal, estamos falando de pessoas que receberam uma data limite para o seu

tempo de vida, pessoas que precisam lidar com dores e limitações físicas, despedida de seus familiares, despesas relacionadas a doença e aos cuidados paliativos, e a ciência da sua condição de “sobrevida” que será seguida pela morte (COBBS; BLACKSTONE; LYNN, 2021).

O termo “sobrevida” é bastante utilizado em diagnósticos de câncer terminais e significa o prolongamento da vida até um certo limite, está relacionada ao tempo antes de uma ocorrência, que nos casos de pacientes terminais, seria a morte. A análise de sobrevivida é realizada para estimar o tempo proporcional até o óbito, o tempo entre possíveis reincidências da doença, ou o tempo em que a pessoa possui a doença e esta não progrediu nem regrediu (ONCOCENTRO, 2009).

Nesse sentido, o luto é um sentimento que perpassa os familiares do paciente terminal, incluindo também o próprio paciente (KUBLER-ROSS, 2017). Quando o paciente recebe a notícia do estado terminal, sua mente tenta compreender aquela informação, já sentindo o sentimento de perda e o medo da morte (KOVÁCS, 2010).

Desde a consciência do seu estado terminal, até a morte de fato, o paciente e seus familiares podem vivenciar as fases do luto, que podem se sobrepor, iniciar desde o diagnóstico ou apenas após a morte do idoso. É através dessas fases que podemos observar como se constrói o processo de aceitação, não linear e subjetivo a cada indivíduo (KUBLER-ROSS, 2017).

Elisabeth Kubler-Ross (2017), em sua obra “a morte e o morrer”, realizou um estudo em ambiente hospitalar com pacientes terminais, sintetizando, após o estudo, cinco fases do luto. A primeira fase do luto, como mencionado, pode ocorrer logo após receber o diagnóstico terminal. A *negação* é o primeiro mecanismo de defesa e o primeiro sentimento vivenciado pelos pacientes nessa condição (bem como pelos familiares). para que seja algo saudável, a *negação* não deve se prolongar, sendo substituída parcialmente por um sentimento inicial de aceitação. Mesmo assim, o paciente custa a acreditar que aquela situação está sendo vivida por ele (KUBLER-ROSS, 2017).

A *negação* precede a segunda fase do luto, que é caracterizada pela *raiva*, ressentimento e revolta. O paciente agora aceita que aquilo está acontecendo com ele, mas se questiona o porquê. Afinal, fez ele algo para merecer aquilo? A *raiva* torna-se uma fase difícil, não apenas para o paciente, mas também para profissionais e familiares que estão com ele. Isso porque, o paciente precisa externar a sua raiva, e acaba por atribuí-la para aqueles que estão ao seu lado.

Pensando de modo a acolher essa demanda, é importante tanto para a família como para os profissionais envolvidos nos cuidados paliativos, entender que aquela raiva não está necessariamente direcionada a eles, mas sim, a situação e experiência do luto (KUBLER-ROSS, 2017).

A terceira fase vivenciada é a *barganha*, no contexto hospitalar, ocorre após o paciente cessar a *negação* e diminuir sua *raiva*. A *barganha* ocorre, no sentido do paciente perceber que abandonando a raiva e colaborando comportamentalmente, ele pode ser recompensado com o prolongamento da vida (KUBLER-ROSS, 2017).

Quando o paciente finalmente toma consciência de sua fragilidade, em função da doença terminal, e que não pode seguir negando sua condição, entra em andamento a quarta fase, a *depressão*. Isso por que, ao deparar-se com o seu estado de saúde e as limitações físicas, sentimentos de perda, dor e sofrimento são predominantes, o paciente percebe a mudança de condições de vida pela qual está passando, e percebe que perdeu capacidades que antes possuía, bem como o tempo e expectativa de vida que possuía antes do diagnóstico, o que o leva a um estado depressivo. (KUBLER-ROSS, 2017).

A última fase, chamada de *aceitação*, ocorre quando o paciente, por fim, aceita completamente o seu estado, entende que aquilo faz parte da sua nova realidade e passa por uma súbita estabilidade emocional que vem da aceitação e prontidão para encarar a morte (KUBLER-ROSS, 2017).

Durante todo esse processo, a equipe multiprofissional, está envolvida ativamente, buscando dar suporte físico, social, psicológico e em alguns casos, também o suporte espiritual para o paciente e família. Em cada etapa do processo de luto, não apenas o paciente mas também a sua família vivencia o sofrimento da perda, no contexto do paciente terminal, após a morte de fato, a equipe multiprofissional precisa estar apta também para dar suporte aos familiares, mesmo que o vínculo de cuidado equipe-paciente tenha se encerrado (COBBS; BLACKSTONE; LYNN, 2021).

É comum aos profissionais da área de saúde, verem a morte como um fracasso da sua atuação, não aceitando e não lidando bem com esse momento, ou apenas criando apatia pelos pacientes após sucessivas experiências envolvendo a morte. Apesar das diferentes e subjetivas vivências de cada um, é universal e histórico o fato do ambiente hospitalar ser associado a morte e dor, e para os profissionais, é importante que seja criada uma experiência de capacitação para

esses profissionais, onde a perspectiva da morte é vista como algo comum a vida, parte do ciclo natural e algo a ser aceito. Ainda nesse sentido, o ato de cuidado necessita ter maior apelo nas equipes multiprofissionais do que o momento final da morte em si (BRAGA; QUEIROZ, 2013).

Diante de todo o cenário de luto vivido por todos afetiva e profissionalmente envolvidos, qual o papel do psicólogo nisso tudo? Vimos que não apenas o paciente e sua família demanda atenção psicológica, mas também os profissionais envolvidos nesse trabalho. Como o profissional em psicologia pode abarcar essas demandas? Primeiramente, é necessário compreender que o processo do luto não é linear, tanto o paciente como seus familiares podem oscilar entre a orientação para a perda e a orientação para a restauração (MUCCI, EBERLEIN, 2021).

O psicólogo, nesse cenário terminal, precisa acolher e ouvir o enlutado, para que ele possa verbalizar a sua dor, narrar a sua história de vida, despedir-se de si mesmo (no caso do paciente terminal), e despedir-se do ente querido, no caso dos familiares. É necessário que falem sobre quem a pessoa era, como se sentem com aquela perda, como estão lidando com aquilo e etc, podendo narrar a sua dor, fazendo da dor mais suportável (MUCCI, EBERLEIN, 2021).

Às vezes é necessário que o paciente dê sentido para a sua dor, dê sentido para a sua experiência perpassada pelo sofrimento (muitos podem recorrer, sim, para a espiritualidade), mas enquanto profissional, e humano, o psicólogo deve acompanhar o paciente durante esse sentimento, a fim de que ele sinta-se de fato, acompanhado por uma rede de apoio (MUCCI, EBERLEIN, 2021).

Durante todo o processo de acolhimento, o psicólogo promove um espaço aberto à escuta e aceitação daquele sofrimento, visando que todas as etapas do luto sejam vividas da forma mais saudável possível, auxiliando para que o próprio paciente identifique seus recursos psíquicos para lidar com a dor, sabendo que está sendo amparado não apenas pelo psicólogo, mas por toda uma equipe de profissionais (MUCCI, EBERLEIN, 2021).

Com a construção da pesquisa, vimos até aqui a importância do envolvimento, cuidado e preparo, da equipe multiprofissional nos cuidados paliativos aos pacientes idosos em estado terminal. Pensando em todas as dificuldades e responsabilidades trazidas nesse cenário, no próximo capítulo, abordaremos mais sobre a equipe multiprofissional e as dificuldades que perpassam o atendimento a pacientes em estágio terminal.

2.3 As dificuldades da equipe multiprofissional diante do atendimento de um paciente em estágio terminal e sua família

Uma equipe multiprofissional é uma equipe formada por diversos profissionais, de áreas e atuação diferentes, unidos com um propósito em comum que é o de promover a recuperação e cuidado efetivo do paciente (PEDUZZI, 2001).

Existem diferentes nomenclaturas que podem ser definidas de formas diferentes, mas com o propósito central semelhante, como é o caso da equipe multidisciplinar, que pode ser definida como uma equipe composta por diferentes profissionais, de áreas distintas, que se relacionam e se complementam, em conhecimento, atuação e vivências, criando um núcleo heterogêneo de conhecimento (BARROS, 2021).

Seja qual for a forma que é chamada, quando falamos na equipe profissional que atua nos cuidados paliativos, estamos falando de pessoas que se encontram constantemente, enfrentando diversas dificuldades na sua atuação. Isso se dá ao fato de estarem num contexto social historicamente atrelado a morte, dor e sofrimento, que são os hospitais (BRAGA; QUEIROZ, 2013).

A equipe multiprofissional hospitalar do Brasil, em cuidados paliativos, é formada por médico, enfermeiro e equipe de enfermagem, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, dentista, farmacêutico e capelão/capelanía. Cada um com uma função distinta, mas agindo conjuntamente em prol de minimizar os sintomas de desconforto sentidos por paciente e familiares a fim de proporcionar mais qualidade de vida aos pacientes, em todo o percurso de diagnóstico a terminalidade (CASTILLO; MURAKAMI; NARCHI, 2018).

Para que o plano de cuidados paliativos seja realizado, os profissionais definem o que será necessário focando as necessidades de cada paciente e sua família a depender da doença e da fase evolutiva da doença. Dessa forma, os cuidados paliativos são discutidos por toda a equipe e realizados em conjunto, minimizando os impactos físicos, sociais e psicológicos e espirituais da doença e estado terminal, além de influenciar positivamente na qualidade de vida do paciente (CASTILLO; MURAKAMI; NARCHI, 2018).

Mesmo que atuem em conjunto, cada profissional da equipe tem sua contribuição particular, a depender da sua área de atuação e conhecimentos. O médico, por exemplo, é quem prescreve as medidas e cuidados paliativos voltados para os sintomas físicos, é o profissional da medicina que acompanha os estágios do adoecimento, é esse profissional que media conflitos da equipe multiprofissional e está envolvido no plano de cuidados até a morte (CASTILLO; MURAKAMI; NARCHI, 2018).

A equipe de enfermagem e enfermeiros, são aqueles encarregados de administrar medicações, assegurar os cuidados relacionados a conforto, higiene e orientações sobre o que o paciente deve seguir quanto a sua conduta em relação ao sono, dieta e etc. São os enfermeiros que fazem, também, a identificação de possíveis fatores de sofrimento ao paciente e seus familiares, buscando o conforto do paciente na esfera biopsicossocial, e respeitando sua vontade. (CASTILLO; MURAKAMI; NARCHI, 2018).

Já o papel do profissional da psicologia, o psicólogo, é dar o suporte necessário ao paciente e familiares em todas as etapas hospitalares vivenciadas, desde o adoecimento. O psicólogo pode prestar uma escuta ativa e empática, criando um ambiente de acolhimento onde ele possa manejar as questões de sofrimento biopsicossociais e também as questões de sofrimento e dilemas espirituais do paciente e familiares (CASTILLO; MURAKAMI; NARCHI, 2018).

O psicólogo, irá, primordialmente, lidar com os sentimentos de luto envolvidos na situação de diagnóstico de doença terminal, abrir espaço para a possibilidade de verbalização e para que sentimentos como medo, angústia, fantasias e etc sejam expostos e compreendidos pelo paciente e familiares (CASTILLO; MURAKAMI; NARCHI, 2018), trazendo algo muito importante ao processo de luto e a aceitação vinda desse processo, que é o ritual ou rituais de despedida, necessário a passagem sadia do luto e ao direcionamento libidinal a novos objetos de desejo (FREUD, 1915).

Além do psicólogo, médico e enfermeiros, outros profissionais ainda podem compor a equipe multiprofissional, um deles é o fisioterapeuta, que tem como principal função, avaliar durante as diversas fases do adoecimento a mobilidade do paciente, fazendo intervenções fisicamente terapêuticas como alongamentos musculares, uso de oxigênio, exercícios físicos e respiratórios e

posicionamento/reposicionamento corporal (CASTILLO; MURAKAMI; NARCHI, 2018).

A equipe multiprofissional necessita também da atuação do nutricionista, que irá avaliar o desenvolvimento e estado nutricional do paciente, criando ou adaptando uma dieta propícia para sua melhor saúde e bem-estar, sempre repassando a situação nutricional para paciente, familiares e para a equipes envolvida nos cuidados paliativos (CASTILLO; MURAKAMI; NARCHI, 2018).

O assistente social, é quem irá identificar as necessidades sociais, considerando o contexto social de cada paciente e sua família, é o profissional responsável por auxiliar que a rede de cuidado e apoio do paciente seja fortalecida, além de intervir e auxiliar em questões de direitos sociais cabíveis aos paciente e família, como benefícios do INSS, seguros e etc, essenciais para renda e bem estar social de paciente e família (CASTILLO; MURAKAMI; NARCHI, 2018).

Além das questões biopsicossociais que envolvem o paciente em estado terminal, a esfera espiritual também deve ser levada em consideração pela equipe de cuidados paliativos, a depender de como o paciente entende-se espiritualmente e a sua família também. Para esse papel do cuidado, as equipes multiprofissionais e hospitais, podem contar também com o capelão, que tem como função auxiliar paciente e família na busca do conforto espiritual (CASTILLO; MURAKAMI; NARCHI, 2018).

É importante que esses profissionais, atuantes na esfera espiritual, estejam aptos a prestar um serviço livre de preconceitos e integral, que respeite e acolha todas as religiões e culturas, pois o foco desse acolhimento é o paciente e sua família. Pelo capelão, são realizadas visitas ao leito do paciente, a celebração de datas e marcos religiosos caso necessário e o aconselhamento voltado para a espiritualidade, que pode ser feito individualmente ou em grupos (CASTILLO; MURAKAMI; NARCHI, 2018).

Toda essa equipe, pode conter ainda outros profissionais, a depender do hospital, hospice e demanda de cada paciente. Sabendo disto, podemos destacar que essas equipes encontram múltiplas dificuldades na sua atuação profissional (BRAGA; QUEIROZ, 2013).

Durante a atuação e execução dos cuidados paliativos, as equipes multiprofissionais podem encontrar dificuldades processuais, como por exemplo, na tomada de decisão em relação ao paciente, a comunicação bem sucedida e efetiva

com familiares, a colaboração dos familiares, o controle e minimização da dor e etc (BRAGA; QUEIROZ, 2013).

Além dos problemas já citados e com relação ao paciente e familiares, a equipe multiprofissional de saúde também tem que lidar com seus próprios estressores, como o fato de estarem lidando a todo momento com a iminência da morte. Esses fatores estressores podem gerar aos profissionais sentimentos diversos e ambíguos, como: alívio, angústia, medo, culpa, impotência, frustração, compaixão, raiva, tristeza e etc (BRAGA; QUEIROZ, 2013).

Nesse sentido, cada equipe multiprofissional no contexto do cuidado ao paciente terminal, precisa lidar e manejar esses fatores estressores, para proporcionar a qualidade de sobrevivência dentro da capacidade dos cuidados paliativos, para pacientes e sua família, bem como, para a própria equipe envolvida nesses cuidados (BRAGA; QUEIROZ, 2013).

Para nos aprofundarmos no profissional em psicologia nesse contexto de doença terminal, iremos abordar no próximo capítulo como a psicologia deve atuar para promover alívio ao idoso em estado terminal e seus familiares.

2.4 Como a psicologia pode promover a qualidade de vida e alívio do sofrimento para o paciente em estágio terminal e para seus familiares.

Quando falamos da psicologia na atuação com pacientes terminais e seus familiares, não podemos ofuscar o fato de que o estado de doença terminal traz consigo as questões em torno da morte. A psicologia, enquanto ciência, possui um campo de estudo científico, voltado justamente para o luto e a morte, a Tanatologia, que busca a compreensão do processo de morte e do morrer (AMORIM; MENEGATTI; MICHEL, 2022).

Podemos compreender a tanatologia como o estudo da morte e essa área de estudo é multidisciplinar, podendo estar relacionada à medicina, enfermagem, filosofia e etc. O psicólogo dialoga com a tanatologia principalmente na psicologia hospitalar, que é onde encontramos o trabalho voltado para os pacientes terminais (AMORIM; MENEGATTI; MICHEL, 2022).

Quando falamos do estudo da morte, não estamos falando apenas da morte e do fim, na verdade estamos falando do processo de existir humano, digamos que,

durante a sua existência, o indivíduo recebeu o diagnóstico de doença fatal, sendo acompanhado por uma equipe, e agora, a psicologia necessita trabalhar em torno desse novo processo na vida o indivíduo (DOMINGUES et al., 2013).

Nessa situação, os cuidados paliativos entram em ação, e cabe ao profissional em psicologia o cuidado da esfera psicológica do paciente e sua família. Nesse sentido, o psicólogo enfrenta uma natural rejeição a sua intervenção por parte do paciente. Isso porque, em ambiente hospitalar, o que ocorre é uma despersonalização do paciente, onde ele deixa de ser nomeado por quem é, para ser nomeado e compreendido pela doença que possui (DOMINGUES et al., 2013).

Essa ressignificação existencial do paciente, o coloca numa posição de passividade, quando os profissionais o referenciam pela sua doença, pelo número do seu leito e etc. Em contrapartida, o paciente tende a perceber como invasivo e afrontoso todo e qualquer tratamento (DOMINGUES et al., 2013).

Frente a essa dificuldade, o profissional em psicologia, precisa ter ciência de que o paciente deseja ser tratado para muito além do que a sua doença, e estar apto a facilitar na esfera psicológica a superação e alívio. Contando, sempre, com toda a equipe multidisciplinar em atuação (DOMINGUES et al., 2013).

O psicólogo precisará levar em conta, em sua atuação,, o local de trabalho institucional (o hospital e suas diretrizes), a situação de luto iminente, o paciente (um indivíduo subjetivo) e a sua doença, e ainda a família do paciente que estará presente em cada momento até o final. São essas questões que situam o psicólogo em sua atuação profissional no contexto de doença terminal (DOMINGUES et al., 2013).

Como mencionado anteriormente no início deste capítulo, o ambiente hospitalar e de doença terminal, acaba por despersonalizar o paciente em prol da super evidência da sua doença. Nesse sentido, a subjetividade daquele indivíduo é prejudicada, pois sua concepção existencial de quem é, estará sendo abalada. Pensando nesse cenário, o profissional em psicologia pode ofertar algo que os outros profissionais da equipe não podem, que é dar voz a subjetividade daquele paciente, subjetividade que foi afastada dele pelo escopo da medicina (DOMINGUES et al., 2013).

Mesmo que a atuação do psicólogo envolva a escuta e a fala, essa escuta não se trata de um mero ouvir o paciente. Por isso a necessidade do profissional em psicologia como membro da equipe multiprofissional. O psicólogo irá captar e

perceber os signos trazidos pelo paciente, intervindo de modo a proporcionar mudanças no bem estar do paciente (DOMINGUES et al., 2013). Ou seja, enquanto a medicina estará envolta no registro e estudo do real e físico, a psicologia hospitalar estará tratando o adoecimento do paciente e seu adoecimento na esfera do simbólico (DOMINGUES et al., 2013; apud SIMONETTI, 2011).

O psicólogo deve personalizar o paciente, criando um vínculo de afetividade e confiança. Para tal, se apresentando sempre, tratando o paciente pelo seu nome, mostrando-se interessado no paciente em temas para além da sua doença, conhecer o paciente e etc. Esse procedimento essencial desde o início dos cuidados paliativos leva o psicólogo a conseguir levar o paciente rumo à palavra, a qual o psicólogo irá estudar, compreender e seguir o tratamento de acordo com a sua abordagem teórica (aquela que orienta o seu agir terapêutico), adaptando esse tratamento e intervenções para cada situação clínica (pois lidar com pacientes terminais, é lidar com pessoas e suas subjetividades) (DOMINGUES et al., 2013; apud SIMONETTI, 2011).

O paciente terminal, não vê mais uma perspectiva de cura, nesse sentido, o cuidado paliativo da psicologia deve estar voltado para o desejo do paciente, para suas demandas que vão além da cura de sua doença, para o luto sentido, às suas questões existenciais e pessoais (DOMINGUES et al., 2013; apud SIMONETTI, 2011).

É nesse cenário de doença terminal, que existe muito o que fazer pelo paciente, mesmo que essa atuação não esteja voltada para a cura. O psicólogo tem o papel essencial no auxílio psicológico ao paciente, enquanto o mesmo busca mecanismos de enfrentamento para sua situação. O psicólogo estará ajudando a dar vazão à raiva, ressignificar a autoestima e a estabilidade diante do quadro patológico, além de dar espaço para que as questões espirituais possam ser abordadas, tanto pelo paciente quanto pela sua família (DOMINGUES et al., 2013; apud SIMONETTI, 2011).

E quando falamos da família do paciente, falamos da rede pessoal de apoio que aquele paciente tem, que também estão sujeitos às questões psicossociais e espirituais quando vivenciam e presenciam momentos de sofrimento, dor e despedida do ente querido (COBBS; BLACKSTONE; LYNN, 2021).

Existem algumas intervenções que são realizadas pelo psicólogo junto a família do paciente. Nesse sentido, o psicólogo organiza sua intervenção em três

tempos de atuação, que são: antes do diagnóstico terminal, no momento que existe a comunicação desse diagnóstico até a morte, propriamente, do paciente. O psicólogo estará em conjunto com a equipe médica na comunicação do estado de saúde terminal do paciente, atuando para que essa comunicação ao paciente e família seja feita de maneira adequada (DOMINGUES et al., 2013).

É intervenção do psicólogo também, as instruções após o diagnóstico terminal ser comunicado, a fim de informar como as formas de se expressar diretamente com o paciente podem afetá-lo nesse momento, estimulando a família a exercitar sua empatia, principalmente no ato da expressão verbal dos sentimentos relacionados ao paciente, orientando e auxiliando na resolução de conflitos e/ou problemas em aberto entre esses familiares e o paciente, e todos os comportamentos de alívio psíquico que estão voltados para a despedida do paciente (DOMINGUES et al., 2013).

Quanto ao momento intermediário (antes da morte), é necessário ao profissional em psicologia, ter conhecimento em torno da antecipação do sofrimento em sua intervenção, isso porque, sentimentos que vem a tona apenas após a morte propriamente dita, podem vir a tona e serem trabalhados ainda em vida para a família em relação ao paciente, possibilitando uma amenização desse sofrimento. É necessário também uma abordagem voltada apenas para as crianças que compunham o meio familiar do paciente, que lidam de forma diferente com o luto (DOMINGUES et al., 2013).

Nos últimos momentos antes da morte do paciente terminal, é com a família, totalmente, que o psicólogo irá tratar, levando em consideração que o processo de acompanhamento do paciente terminal, para a família, pode ser cansativo e desgastante. Mesmo assim, cabe ao psicólogo orientar a família a se fazer presente nos momentos finais do paciente, mesmo que ele esteja já inconsciente, em coma e afins (DOMINGUES et al., 2013).

Deve ser dado o espaço para que os familiares fiquem a sós com o ente querido, para que o toquem, falem com ele e possam passar pelo sofrimento de forma saudável. Desse modo, o psicólogo irá viabilizar aos familiares a expressão de seus sentimentos perante o luto (DOMINGUES et al., 2013).

Mesmo após o sepultamento e cerimônias de despedida realizadas pelos familiares, o psicólogo pode se apresentar como disponível com intuito de promover a saúde mental para os familiares, vista a dificuldade em estruturar a família e os

papéis familiares após o óbito. Nesse sentido, vemos o quanto o papel do psicólogo e intervenções realizadas no cenário do paciente idoso em estado terminal é imprescindível. Pois para além do alívio físico proporcionado nos cuidados paliativos, encontramos diversos problemas de cunha psicossocial, que só podem ser cuidados pela equipe multiprofissional, se sua atuação incluir o profissional em psicologia (DOMINGUES et al., 2013).

3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

A pesquisa fala sobre os idosos em estado terminal e como a psicologia pode beneficiá-los, um tema voltado para a esfera biopsicossocial do cuidado paliativo dado a esses idosos pela equipe multiprofissional. Por isto, trata-se de uma revisão sistêmica de literatura, que é um estudo iniciado após uma pergunta de pesquisa, que tem como objetivo reunir materiais de vários autores voltados para o tema e realizar uma análise dos mesmos (GARCIA, 2014).

O método de coleta de dados foi o da pesquisa bibliográfica, de modo descritivo, que constitui no levantamento bibliográfico de artigos, livros e materiais acadêmicos acessível ao público, a fim de buscar e produzir a pesquisa com base em estudos e conhecimento prévio, necessário para a pesquisa e para apresentar o fenômeno estudado (MENEZES, 2001)

A pesquisa foi realizada no ano de 2022, o levantamento de subsídios para a efetivação da análise aconteceu a partir dos seguintes bancos de dados: SciElo, CREMESP, Google acadêmico e etc. Para tal, foram utilizadas as seguintes palavras chaves: Cuidados paliativos, luto do paciente terminal e atuação do psicólogo em equipe multiprofissional, que foram analisados e alinhados a fim de responder o nosso problema de pesquisa, e concluir nossos objetivos de pesquisa.

A partir do levantamento de dados, utilizamos como critérios trabalhos que abordassem a perspectiva psicológica do paciente em estágio terminal, bem como trabalhos que levassem em conta a atuação da equipe multidisciplinar e as dificuldades encontradas pela mesma em sua atuação. Também foram levadas em consideração obras que abordassem os sentimentos de luto no cenário hospitalar, para paciente, familiares e para equipe multiprofissional.

4. RESULTADOS

O conteúdo a seguir, é referente aos materiais bibliográficos encontrados em livros e artigos utilizados na pesquisa e levantamento de informações, que foram mais pertinentes para a construção das discussões.

Autor/Ano	Título	Objetivos	Resultados	Considerações finais
FREUD, 1917	Luto e Melancolia	Compreender o processo e as fases do luto, bem como o sentimento de “vazio” trazido pela perda que não precisa estar necessariamente ligada à morte, mas sim a falta de algo significativo, antes presente.	O autor discorre sobre as 4 fases vivenciadas pelo sujeito no luto. A desorientação e negação, a busca pela figura perdida, a dor e desespero, e por fim a re-elaboração. Sendo esse luto vivenciado por todos que possuíam estima pela pessoa que foi perdida.	Conclui-se, que é necessário vivenciar de forma saudável cada uma das etapas do luto, não mantendo preso na negação, na busca pela pessoa perdida e etc, mas sentindo cada uma delas a fim de chegar a re-elaboração, onde aquela pessoa pode direcionar sua energia psíquica para outros objetos de desejo.
BRAGA; QUEIROZ, 2013	Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde	Apresentar equipes de saúde que realizam o trabalho paliativo, com intuito de melhorar a qualidade de vida de pacientes sem expectativa de cura. Um levantamento de pesquisas realizadas	Considerando as implicações psicossociais trazidas para os profissionais envolvidos nos cuidados paliativos, para os pacientes nessa condição e para seus familiares, é importante que	Conclui-se que existe a necessidade de uma capacitação para os profissionais que atuam na área de cuidados paliativos, pois, embora os temas como a morte sejam levados em conta, pouco se fala, efetivamente, dos cuidados prestados aos pacientes em si.

		anteriormente na área.	exista uma expansão nas pesquisas relacionadas ao bem estar e melhoria da qualidade desses momentos finais da vida.	
CARDOSO; MUNIZ; SCHWARTZ; ARRIEIRA, 2013	Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional	Conhecer a atividade de uma equipe específica multiprofissional, em atuação nos cuidados paliativos em contexto hospitalar	Como resultados, identificou-se uma mudança da perspectiva dos profissionais das equipes multiprofissionais. Que iniciaram sua trajetória se sentindo impotentes frente aos pacientes terminais, mas que, com o tempo, encontraram novos significados para os cuidados que estavam prestando e começaram a ver a morte como uma parte natural da vida, sendo necessário dar a esses pacientes, a melhor qualidade de sobrevivência possível.	Foi percebida a necessidade de fortalecer a interação entre o trabalho dos profissionais da equipe, bem como, a necessidade de um espaço específico apenas para a discussão da terminalidade. Por parte do hospital, é necessário promover ações que incluam o profissional, o paciente e sua família.
KOVÁCS,	Morte e o	Apresentar a	É papel do	Após meditar sobre

2010	desenvolvimento humano	morte como participante do desenvolvimento humano, a qual significa e ressignifica a vida.	profissional em psicologia, abordar e entender temas que perpassam a vivência humana. A morte, o luto, doenças e etc, são temas a serem compreendidos a fim de acolher aqueles atormentados por esses temas, e não evitados pelo psicólogo.	os temas que circulam em torno da morte, o psicólogo pode, em seu atuar profissional, lidar com o luto e a morte sem uma visão fatalista, para tal, o preparo e estudos voltados para esse tema são requeridos e necessários.
KUBLER-ROSS, 2017	Sobre a Morte e o morrer	Compreender como ocorre o processo de luto de pacientes em estado terminal e suas vivências junto a equipe hospitalar	A autora nos mostra a partir da perspectiva do paciente quais as frustrações, medos, anseios e sofrimentos que perpassam o estado terminal no ambiente hospitalar.	Conclui-se que embora ainda não tenha ocorrido o óbito de fato, os pacientes em estado terminal vivenciam todas as fases do luto, desde a negação até a aceitação, e esses sentimentos não lineares e conflitantes precisam ser trabalhados com paciente e familiares pelo profissional em psicologia que atua nos cuidados paliativos.

5. DISCUSSÃO

Durante a pesquisa sobre os cuidados paliativos oferecidos aos pacientes em estágio terminal pela equipe multiprofissional, apoiando-nos nos artigos e livros voltados para a área dos cuidados paliativos, encontramos diversos fatores importantes e essenciais que estão inseridos na atuação do psicólogo com esses pacientes. Fatores que englobam desde as dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional, até a angústia sofrida pelo paciente e familiares e a atuação do psicólogo nesse contexto.

Inicialmente, como vimos no trabalho de Braga e Queiroz (2013) foi possível perceber, dentre os sentimentos de angústia do paciente, o luto como um sentimento predominante que atinge não apenas o paciente, mas toda a equipe envolvida nos cuidados paliativos e também os familiares. Também foi abordado o hospital como um ambiente que carrega, historicamente, o pesar e a associação a morte, ao luto, tristeza, doenças e etc. Esse estigma em torno do ambiente hospitalar se intensifica nos casos de pacientes idosos em estágio terminal. Isso ocorre, porque o diagnóstico da terminalidade dado ao paciente idoso, implica numa expectativa de vida que foi demarcada, um tempo restante, que sobra, uma sobrevivência. Esse diagnóstico terminal imerge o paciente e os familiares envolvidos nesse contexto no processo de luto, desencadeado por uma falta que é antecipada, antes da morte propriamente dita.

Tanto é, que Kubler-Ross (2017) através de seus trabalhos, nos mostra a perspectiva do luto vivido pelo paciente ainda em vida, após o diagnóstico terminal. Onde o mesmo passa por cada fase do luto (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação), com toda sua dor acentuada pelo contexto terminal e hospitalar, luto esse que perpassa também os familiares próximos ao paciente e aqueles envolvidos nos cuidados paliativos. Esses indivíduos carecem do apoio e compreensão profissional para passar por cada fase até a aceitação sadia da sua perda.

Nesse sentido, de suporte profissional para o luto e percalços enfrentados por pacientes em estado terminal, vemos em Braga e Queiroz (2013) um cenário diferente do que seria o luto, propriamente dito. Pois os autores falam do comportamento da equipe multiprofissional de tratar a morte como algo corriqueiro e muitas vezes agir com certo afastamento afetivo em relação aos pacientes em estágio terminal. Isso ocorre pela banalização da morte por parte desses profissionais como uma forma de autopreservação, visto que, estão envolvidos nos

cuidados paliativos como seu trabalho e após alguns anos trabalhando nessa área, o número de pacientes se estende, se tornando isso, apenas um número para eles.

Além disto, o papel social compreendido para a equipe da área de saúde, é a busca da cura para os pacientes, ao lidar com cuidados paliativos para os casos terminais, essa cura não pode mais ser alcançada, o que implicitamente pode trazer o sentimento de fracasso por parte da equipe multiprofissional. Também devido a essa concepção social, Braga e Queiroz (2013) justificam o comportamento de afastamento afetivo por parte da equipe multiprofissional. Após o estudo desses autores, vimos a importância da atuação do profissional em psicologia nesse contexto, não apenas para atender as demandas psicossociais do paciente e familiares, mas também para lembrar a equipe multiprofissional sobre a urgência de humanização desses pacientes, que não podem ser tratados apenas como números.

Cardoso, Muniz, Schwartz e Arrieira (2013), apresentaram, sistematicamente, o papel de cada membro da equipe multiprofissional, enfatizando o papel do psicólogo no suporte emocional à paciente e familiares. Através do seu estudo, podemos compreender a importância de cada membro da equipe multiprofissional em saúde, no sentido de acolher demandas específicas que surgem em cada esfera dos cuidados paliativos. Desde a nutrição e alimentação específica, regulação de sono e exercícios fisioterapêuticos, demandas de benefícios sociais e cuidados higiênicos e medicamentosos até o aconselhamento e suporte à fé para cada paciente.

Já quando nos aprofundamos no estudo do luto na vivência terminal, Freud (1917) aborda o luto, o desejo e o enlutado, sendo essencial para a compreensão das primeiras concepções do luto, da perda de um ou mais objetos de desejo e da substituição do mesmo para o restabelecimento da vida cotidiana (no contexto da pesquisa, isso se aplica aos familiares após a morte do ente querido).

Contudo, foi através da pesquisa de Kubler-Ross(2017), que foi possível compreender como se sucede, internamente, a morte e morrer na vivência hospitalar dos pacientes em estado terminal. O seu trabalho é específico e nos permitiu aprofundar no cotidiano dos cuidados paliativos por uma perspectiva psicológica, compreendendo o cenário de luto propício para o contexto terminal, algo que se distingue do luto típico estudado em Freud, pois vemos o luto sendo vivido pelo paciente, antes da morte propriamente, dado o diagnóstico terminal e fatalista.

No trabalho de Kovács (2010), encontramos subsídios para justificar a necessidade do psicólogo na atuação em cuidados paliativos, exercendo um papel de mediador e representante das demandas psicológicas do paciente (para a equipe multiprofissional). A sua obra nos traz a compreensão de que apenas com abertura para expressar a sua dor, conhecendo os seus próprios mecanismos cognitivos/psicológicos, o paciente e familiares poderão aceitar e lidar com a morte como participante e como uma etapa (a etapa final) da vida, o que, quando compreendido e estudado em consonância ao trabalho de de Kubler-Ross (2017), nos mostra a importância do psicólogo enquanto facilitador em cada fase do luto.

Frente a todos os problemas e dificuldades que a atuação do psicólogo nesse contexto pode enfrentar, é de grande importância que exista uma atuação pautada na empatia e humanização do paciente, enxergando-o para além da sua doença e para além do seu diagnóstico terminal.

Em suma, podemos compreender a importância dos cuidados paliativos oferecidos a idosos em estágio terminal, bem como os benefícios que acompanham a atuação do psicólogo nesse contexto hospitalar e de equipe multiprofissional, pautando a atuação psicológica em empatia, abertura para escuta humanizada e possibilidade de ambiente seguro para falar e trabalhar o luto sentido.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após compreender a vivência biopsicossocial em que o idoso em estágio terminal e cuidados paliativos se encontra, foi possível concluir que os cuidados paliativos estão para além do comum alívio a dor física, mas existem para oferecer suporte além de físico, emocional, social e espiritual para o paciente e seus familiares.

Não obstante, encontramos na atuação da equipe multiprofissional diversas dificuldades que envolvem o contexto hospitalar administrativo, sua atuação que precisa ser completa, em conjunto e incluir a família do paciente, além da retomada constante da empatia e pessoalização em relação ao paciente.

Na atuação do psicólogo, vimos a importância de se existir um espaço livre de julgamentos e que ofereça um real acolhimento ao sofrimento psicológico do paciente. A angústia em torno do sentimento de luto, arrependimentos e etc, precisa ser verbalizada a fim de que o paciente encontre seus mecanismos de bem estar para aquela situação.

Nesse sentido, é imprescindível, para a realização de cuidados paliativos, que a esfera psicológica seja abarcada, não apenas para o paciente, mas para seus familiares e também para a própria equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Cloves Antonio de Amissim; MENEGATTI, Claudia Lucia; MICHEL, Renate Brigitte. Psicologia e Tanatologia: Um diálogo necessário para a prática clínica. *In*: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA (Brasil). **PROPSICO**. [S. l.]: Artmed Panamericana, 2022. cap. 6, p. 91-130. Disponível em: <<https://portal.secad.artmed.com.br/doi/artigo/psicologia-e-tanatologia-um-dialogo-ne-cessario-para-a-pratica-clinica>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BARROS, Leonardo. Equipe Multidisciplinar: o Que É e Quais os Seus Benefícios em uma Empresa. **Tangerino**, [S. l.], p. 1-2, 14 abr. 2021. Disponível em: <<https://tangerino.com.br/blog/equipe-multidisciplinar/>>. Acesso em: 7 set. 2022.

BRAGA, Fernanda de Carvalho; QUEIROZ, Elizabeth. CUIDADOS PALIATIVOS: O DESAFIO DAS EQUIPES DE SAÚDE. **Psicologia USP**, São Paulo, p. 1-17, 2 out. 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/78849/82923>>. Acesso em: 11 ago. 2022.

CARDOSO, Daniela Habekost *et al.* CUIDADOS PALIATIVOS NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR:: A VIVÊNCIA DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, p. 1134-1141, 7 jul. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/Wg8dZqctd95h5HJqrftfdQb/?format=pdf>>. Acesso em: 1 set. 2022.

CASTILLO, Maria Teresa Cabrera; MURAKAMI, Luisa Murakami; NARCHI, Milena David. QUAIS SÃO OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM CUIDADOS PALIATIVOS?. **Grupo de Estudos em Cuidados Paliativos da SOCESP**, [S. l.], p. 1-2. 2018. Disponível em: <<https://soces.org.br/assets/arquivos/arquivos-site/16c413720d499001eb0c2ecf06d632db.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2022.

COBBS, Elizabeth L.; BLACKSTONE, Karen; LYNN, Joanne. Paciente terminal. **Manual MSD**, [S. l.], p. 1-2, 2 nov. 2021. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/t%C3%B3picos-especiais/paciente-terminal/paciente-terminal>>. Acesso em: 2 set. 2022.

DOMINGUES, Glaucia Regina *et al.* A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, p. 1-3, 3 jan. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002>. Acesso em: 28 jul. 2022.

ERIKSON, Erik Homburger. The last stage. *In*: ERIKSON, Erik Homburger. The Life Cycle Completed. **W. W. Norton & Company**, [S. l.]: 2013. cap. The last stage, p. 58-82. ISBN 0393347435. *E-book* (134 p.).

FERREIRA, Ana Paula de Queiroz; LOPES, Leany Queiroz Ferreira; MELO, Mônica Cristina Batista de. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao

paciente com câncer. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, ano 2, v. 14, p. 1-5, 4 dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007>. Acesso em: 19 ago. 2022.

GARCIA, L. P. Revisão sistemática da literatura e integridade na pesquisa. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 7-8, 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a01.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2022.

GUTIERREZ, Pilar L. À beira do leito: O que é o paciente terminal?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S. l.], p. 92, 19 jul. 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/Lc5MYWZHrMb8vGpRWWdx3qF/?lang=pt>>. Acesso em: 4 ago. 2022.

KOVÁCS, Maria Júlia. **MORTE E DESENVOLVIMENTO HUMANO**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2010. 132 p. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5746705/mod_resource/content/3/KOV%C3%81CS%2C%20M.%20J.%20-%20Morte%20e%20Desenvolvimento%20Humano.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2022.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer. [S. l.]: **WMF Martins Fontes**, 2017. 304 p. *E-book* (304 p.).

MENEZES, Estera M. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. Santa Catarina: [s. n.], 2001. 121 p. Disponível em: <<https://cursos.unipampa.edu.br/cursos/ppgcb/files/2011/03/Metodologia-da-Pesquisa-3a-edicao.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2022.

MUCCI, Samantha; EBERLEIN, Marina Cardoso Smith. Dia do Psicólogo: A importância do Processo de Luto. **Escola Paulista de Medicina**, [S. l.], p. 1-4, 27 ago. 2021. Disponível em: <<https://sp.unifesp.br/epm/noticias/dia-do-psicologo-2021>>. Acesso em: 5 set. 2022.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, ed. 1, p. 103-109, 30 jan. 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 2 set. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Fundação Oncocentro. Sobrevida de pacientes com câncer no estado de São Paulo. **CadernoSFoSP**, São Paulo, v. 5, p. 1-168, 1 dez. 2009. Disponível em: <<http://www.fosp.saude.sp.gov.br/fosp/diretoria-adjunta-de-informacao-e-epidemiologia/sobrevida/>>. Acesso em: 29 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. **World Health Organization**, [s. l.], v. 2, ed. 1, 2002. 180 p. ISBN 9241545577. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>>. Acesso em: 9 ago. 2022.