

CENTRO UNIVERSITÁRIO
BRASILEIRO

CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Carlos Sérgio Mendes.

Natan Daniel Lins.

**INTERVENÇÃO DA PSICOLOGIA EM CUIDADOS
PALIATIVOS**

RECIFE 2022

CARLOS SÉRGIO MENDES.

NATAN DANIEL.

INTERVENÇÃO DA PSICOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO apresentado
CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO, como requisito
parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Professor Orientadora: Carla Lopes

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

S586i Silva, Carlos Sérgio Mendes da
Intervenção da psicologia em cuidados paliativos / Carlos Sérgio
Mendes da Silva, Natan Daniel Lins de Melo Santana. - Recife: O Autor,
2022.

35 p.

Orientador(a): Esp. Carla Lopes.

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

Inclui Referências.

1. Cuidados paliativos. 2. Saúde-doença. 3. Psicologia hospitalar. I.
Silva, Carlos Sérgio Mendes da. II. Centro Universitário Brasileiro -
UNIBRA. III. Título.

CDU: 159.9

AGRADECIMENTOS

Gratidão à Vida por me presentear com lindas possibilidades: de aprender, de me reinventar, acreditar que podemos fazer melhor. Nas palavras de Epicuro: "As pessoas felizes lembram o passado com gratidão, alegram-se com o presente e encaram o futuro sem medo".

“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último dia da sua vida e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte”

(Saunders, 2004).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.	08
2 REFERENCIAL TEÓRICO.	10
2.1 Origem e histórico dos Cuidados Paliativos.	10
2.2 Conceito e princípios dos Cuidados Paliativos.	12
2.3. Cuidados Paliativos no Brasil.	15
2.4. Papel da psicologia nos Cuidados Paliativos.	16
3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.	19
4 RESULTADOS.	20
5. DISCUSSÃO.	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.	32
7 REFERÊNCIAS.	33

INTERVENÇÃO DA PSICOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Carlos Sérgio Mendes.

Natan Daniel.

Prof.^a: Carla Lopes.

Resumo: O presente estudo propõe-se a uma revisão bibliográfica a respeito das contribuições da psicologia e atuação do psicólogo nos Cuidados Paliativos. À medida que nos adentramos no tema foi possível observar que há grandes desafios encontrados na implementação deste cuidados no Brasil em comparação com os países desenvolvidos, devido ao caráter “revolucionário” que esta nova filosofia do cuidar impõe e também ante o surgimento de alguns dilemas de natureza bioética, culturais, crenças e a subjetividade tanto dos pacientes como daqueles que cuidam, sendo pois, obstáculos que inter cruzam no processo de efetivação destes cuidados. Observamos a relevância da atuação do psicólogo juntamente a equipe de Cuidados Paliativos, como sendo o profissional que fornece o suporte emocional e psicológico, detecta necessidades de ordem espiritual e social a partir de uma noção de “dor total”, suporte que também deve estar à disposição da equipe multidisciplinar e da família, pois, em última instância, o psicólogo deve ser capaz de compreender e viabilizar as demandas subjetivas do entorno do doente, criando uma boa interlocução entre equipe-família e equipe-paciente, contornando dificuldades e construindo possibilidades que sejam capazes de dirimir o sofrimento de quem está sendo paliado.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Saúde-Doença; Psicologia Hospitalar

ABSTRACT: This study offers a bibliographical review about Palliative Cares and the psychology's contribution in this subject, who can contribute for a reflexion on psychology acting inside Palliative Cares. It was possible to observe there are so many challengers to implement a Palliative Cares on Brasil when we compare with others developed countries, because is a 'revolutionary' character to talk in Palliative Cares like a health care proposal where is possible to find cultural and bio ethical dilemmas, subjectivities among others points wich intervene on the application and administration process. We observe the psychologist acting relevance next to a Palliative Care team, offering emotional, psychological, cognitive, social and spiritual support from a “total pain” concept, also offers a support to family and to staff, become able to understand and broker a real communication between staff and family, between staff and patient, where can find some difficulties and rather than is possible to find possibilities behind each one bloke.

Key-Word: Palliative Care; Health-Disease; Hospital Psychology

1 INTRODUÇÃO

A intenção deste trabalho foi apresentar uma discussão baseada em pesquisa bibliográfica a respeito da presença e importância do psicólogo nas equipes de Cuidados Paliativos. Aqui surgem, já de início, dois elementos que partindo de sua origem ou fruto de uma mudança de paradigma interseccionam-se e formam o pano

de fundo do nosso objeto de estudo.

Como primeiro elemento trazemos o profissional da Psicologia, se antes tendo sua atuação fundante no espaço clínico dos consultórios, na atuação escolar ou na gestão de pessoas em empresas, a partir de um dado momento adentra os ambientes hospitalares e junta-se a outros profissionais de saúde. O segundo elemento, o processo conhecido como adoecimento, que no decorrer do tempo e com as inovações da ciência sofreu também profundas modificações e trouxe a si uma nova maneira de compreendê-lo e abordá-lo.

À intersecção destes dois elementos nasce inevitavelmente um novo escoramento a respeito da existência humana, refletindo de modo inexorável em uma mudança de paradigma no binômio saúde-doença. Assim, e de forma bem prática, ir ao hospital não significa mais estar somente em busca de um procedimento médico. Quem necessita passar por um tempo de internação hospitalar não aceita mais ser confundido como 'aquele do leito 12' ou 'a amputação do 4º andar'; ele quer ser chamado pelo nome. Seu espaço vital mudou e não é mais aquele espaço habitual e de sua escolha. Determinados procedimentos, principalmente os de natureza invasiva, são decididos com a participação do doente e/ou de seus familiares. Ou seja, ao doente, que fatalmente era levado a um processo de *despersonalização* ao adentrar uma unidade hospitalar, lhe é dada a possibilidade de re-personalizar-se ou, dito de outra forma, ressignificar sua persona ante aquela experiência do adoecer (CAMON et al., 2010).

É possível afirmar também que junto ao paciente que adentra o hospital em busca de tratamento entram com ele sua história, seus familiares, seus afetos, seus medos e incertezas, seu diagnóstico e prognóstico, de modo que seu adoecimento reveste-se de um 'corpo' bem mais complexo que uma mera disfunção bioquímica. Logo, é possível concluir que os cuidados que a ele devem ser dispensados exigem uma visão mais integralista, diferentemente do modelo biomédico vigente. Segundo Bornholdt e Castro "*o psicólogo da saúde busca a interdisciplinaridade ao utilizar conhecimentos das Ciências Biomédicas, da Psicologia Clínica e da Psicologia Social-Comunitária, adotando o modelo biopsicossocial*" (Apud ROCHA & SILVA, 2015, p. 15).

É, pois, a partir deste novo paradigma acima descrito que nasce o conceito de

Cuidados Paliativos: um olhar não somente dirigido à doença, senão um olhar sobre a pessoa total do paciente. Bem verdade que uma filosofia ainda bem jovem, surgida na Inglaterra nos anos 60 e cuja primeira definição pela Organização Mundial de Saúde - OMS, veio ocorrer em 1990, mas que no decorrer deste tempo vem ganhando corpo e incentivando estudos e pesquisas por profissionais da saúde.

O psicólogo presente na equipe de Cuidados Paliativos será a 'escuta' e o 'amparo' que fará estancar o processo de despersonalização pelo qual passa o doente. Será ele o profissional capaz de catalisar os medos, receios e ansiedades presentes ao tratamento; a favorecer o paciente e seus familiares a readquirirem a dignidade humana tão comumente abalada; propiciar uma comunicação sincera e afetuosa na tríade paciente-família-equipe de saúde; humanizar as decisões tomadas a respeito da terapêutica empregada; ressignificar o valor da vida e da morte quando morrer surge como horizonte tão próximo (CAMON, 2010).

Diante disso, discutir sobre a Psicologia em Cuidados Paliativos nos suscita compreender como se constitui esta intervenção, uma vez que o psicólogo é parte integrante de uma equipe multidisciplinar de saúde. A partir desta premissa, perguntamo-nos como se dá a intervenção da psicologia nas equipes de Cuidados Paliativos. Esta é a questão primordial a nos direcionar. Indubitavelmente, é um novo e relevante campo que se abre ao profissional da psicologia, ao mesmo tempo que, e em igual medida de importância, uma perspectiva capaz de oferecer ao paciente um cuidado humanizado não limitado aos sintomas físicos, senão uma proposta mais abrangente e que 'dá ouvidos' a todas as formas de sofrimento que estes pacientes venham a sofrer. Nisto reside nosso interesse sobre o tema. Nosso objetivo fundamental será discutir a intervenção da psicologia nos Cuidados Paliativos e, mais especificamente, compreender a origem e a história dos Cuidados Paliativos, sua realidade no Brasil, definir o conceito e a amplitude deste cuidado, finalizando esta discussão com o papel do psicólogo nos Cuidados Paliativos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. ORIGEM E HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Ao abordar o tema dos Cuidados Paliativos em sua exata conceituação e amplitude, requer primeiramente que localizemos no transcorrer da história dois fenômenos universais que alavancaram uma nova compreensão do binômio doença-doente: 1) o ser humano está vivendo mais, o que resulta em um

envelhecimento da população com conseqüente aumento na incidência de doenças crônicas e degenerativas; 2) Os avanços tecnológicos na área médica, mormente na segunda metade do século XX, redundaram em diagnósticos mais rápidos e mais precisos, bem como em técnicas terapêuticas mais sofisticadas, porém, em grande parte são técnicas invasivas e causadoras de algum grau de sofrimento aos pacientes. Entretanto, e na contramão destes avanços tecnológicos, muitos destes pacientes com enfermidades crônicas e/ou degenerativas não dispõem de uma possibilidade real de cura. Ou seja, mesmo que submetidos a algum tratamento, são remotas as chances de cura e estes pacientes aguardam apenas a chegada da morte (MATSUMOTO, 2012).

Neste quadro desafiador, tanto aos pacientes sem possibilidade de cura como aos profissionais de saúde, é onde nasce uma nova perspectiva como bem aponta a Academia Nacional de Cuidados Paliativos:

“Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma e o mais dramático, a dor. Não se trata de cultivar uma postura contrária à medicina tecnológica...mas refletirmos sobre nossa conduta, diante da mortalidade humana, tentando o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo, para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz” (MATSUMOTO, 2012, p. 23)

É possível então falar de uma “boa morte”? Sem dúvida trata-se de uma indagação que transborda do universo biomédico e chega à antropologia, à bioética e ao direito como lugares onde construir uma discussão edificante. Nos Estados Unidos chegou-se à elaboração de um documento com nome de ‘diretivas antecipadas’ ou **advanced directives** em inglês, no qual o paciente deixa por escrito as instruções referentes à sua saúde e aos cuidados a ele dispensados em caso de sua incapacitação (FLORIANI & SCHRAMM, 2007). Nesta prática das ‘diretivas antecipadas’ há um requisito importante e que deve estar presente: o paciente ser cômico de sua condição e prognóstico, bem como, ainda capaz de outorgar a si próprio a sua autonomia. Neste contexto, é que o conceito de *boa morte* se aproxima do conceito de cuidados paliativos, sendo a *boa morte* segundo Floriani e Schramm (2007, p. 212)

“ morte sem dor; morte ocorrendo com os desejos do paciente sendo respeitados (verbalizados ou registrados nas diretivas antecipadas); morte em casa, cercado pelos familiares e amigos; ausência de evitável infortúnio e sofrimento para o paciente, sua família e o cuidador; morte em um contexto onde as pendências do paciente estejam resolvidas e num ambiente onde impere uma boa relação entre o paciente e sua família com os profissionais de saúde ”.

Um mergulho histórico no que hoje se compreende como Cuidados Paliativos acaba por remeter-nos ao século V, quando uma discípula de São Jerônimo, cujo nome era Fabiola, cuidava de viajantes e peregrinos no porto de Roma. A partir daí surgem os *Hospices*, que espalhados pela Europa medieval recebiam levas de doentes e a eles dispensavam um cuidado leigo e caridoso, na maioria das vezes, cuidado este exercido por organizações protestantes ou congregações de freiras católicas (MATSUMOTO, 2012).

No ano de 1947 uma enfermeira britânica (que mais adiante viria a se formar médica), Dame Cicely Saunders, trabalhando no St. Lukes Home em Londres, recebe um homem judeu de 40 anos portando uma colostomia paliativa como consequência de um câncer retal inoperável. Ela o acompanhou até que a morte o levou e com ele teve longas conversas. Com o dinheiro deixado por ele como herança, Cicely fundou o St.Christhofer Hospice (Londres – 1967) para fins de cuidado a doentes terminais, dedicando-se, a partir de então, ao estudo da dor e dos cuidados necessários à pacientes no final da vida (MATSUMOTO, 2012).

De modo que desde a abertura do St.Christhofer Hospice em Londres, profissionais saídos principalmente do Canadá e Estados Unidos levam de volta aos seus países este novo modelo de cuidado. Nos Estados Unidos, início dos anos 70, Cicely encontra a psiquiatra Elizabeth Klüber-Ross, o que só faz crescer neste país o movimento Hospice nascido na Europa, levando posteriormente ao surgimento do Hospice Care, prática que depois se converteria no que hoje chamamos de *home care* (OLIVEIRA, 2008).

Em 1982 a OMS criou um comitê para definir políticas para alívio da dor e cuidados *hospice* a pacientes com câncer a ser empregado em todos os países do

mundo, adotando o termo Cuidados Paliativos em substituição a palavra Hospice que até então era empregada (OLIVEIRA, 2008).

2.2. CONCEITO E PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

O conceito de Cuidados Paliativos segundo a OMS atualizado em 2002, define que:

“ 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, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual ” (MATSUMOTO, 2012, p. 26).

Evidencia-se, pois, uma mudança de foco que não centraliza o olhar apenas sobre a doença e a cura; o olhar agora recai sobre a pessoa do enfermo, seus sentimentos, receios e crenças, assim como à sua família e toda dinâmica relacional que os envolve (CARREIRO, 2013). A dignidade da pessoa humana e o valor à vida, enquanto ela durar, são elementos que se sobressaem neste novo enquadre.

Aspectos como a autonomia do paciente, a família, a realidade social que os circundam, a multidisciplinaridade e a espiritualidade se reveste de crucial importância no processo de cuidar, pois são eles reintegrados à pessoa enferma ante a impossibilidade de cura e proximidade da morte (BAPTISTA, BAPTISTA & DIAS, 2018).

Sob uma compreensão de fundamentação filosófica tomaríamos a filósofa polonesa Halina Bortnowska, que traçou uma linha separatória entre a ética da cura e a ética da atenção, em que diz:

“ na *ética da cura*, as virtudes militares eram predominantes: não se dar por vencido, perseverar, ser duro. Já na *ética da atenção*, o valor central é a dignidade humana, enfatizando a solidariedade entre o paciente e o profissional da saúde, em atitude que resulta numa compaixão afetiva ” (MATSUMOTO, 2012, p. 25).

Os Cuidados Paliativos estruturam-se em conhecimentos advindos de diversas especialidades, o que demonstra ser uma atuação multiprofissional e de vários saberes. Em 1986 a OMS adotou princípios que regem a atuação profissional em Cuidados Paliativos, posteriormente atualizados no ano de 2002, conforme a seguir:

- promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, adotando medidas farmacológicas e não-farmacológicas, bem como abordagens de natureza psicossocial e espiritual.

- afirmar a vida e considerar a morte um processo normal, dando grande importância à vida que ainda pode ser vivida.

- não acelerar nem adiantar a morte, a princípio segundo o qual, Cuidados Paliativos não deve ser confundido com eutanásia, erro que pode levar à medidas desnecessárias ou a omissões cruéis nesta linha tênue entre o que fazer e o que não fazer.

- integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, principalmente no que tange à diversidade de perdas que este paciente idealiza ou já sente como realidade: perda da autoimagem, da autonomia, da capacidade física, do respeito alheio, do emprego ou do poder aquisitivo. São sentimentos geradores de profunda desesperança e depressão. Aqui, portanto, uma adequada assistência psicológica e/ou espiritual será muito valiosa para assegurar, minimamente, algum conforto emocional ao doente.

- oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte, facilitando o acesso do paciente a insumos e medicamentos cuja falta seriam motivo de maior sofrimento.

- oferecer um sistema auxiliar de suporte aos familiares, que ante a possibilidade do luto experienciam profundo sofrimento, externalizado ou não. É também função da equipe multidisciplinar acolher esta família, seja biológica ou adquirida, e paliar este sofrimento.

- abordagem multiprofissional frente às necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento do luto, isso porque, pacientes em Cuidados Paliativos são pacientes que apresentam diversas demandas, os problemas surgem por diversos lados. Este é um grande desafio à equipe e exige um trabalho integrado de todos, cujo olhar mais abrangente irá propiciar maiores benefícios.

- melhorar a qualidade de vida de modo a influenciar positivamente no curso da doença, seja aliviando sua dor, respeitando suas necessidades e desejos, permitindo-lhe conviver com aqueles que lhe são valiosos, assim estes pacientes sentirão maior conforto emocional e, portanto, seus dias serão de melhor qualidade.

- deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas terapêuticas necessárias como a radioterapia ou a quimioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes. Este é um princípio importante já definido pela OMS, que preconiza iniciar os Cuidados Paliativos tão logo seja dado o diagnóstico de doença 'sem possibilidade de cura'. Todos os recursos disponíveis devem ser oferecidos seguindo-se uma hierarquia de necessidades, não esquecendo, pois, que quanto mais precoce e acertadamente for oferecido, melhor alívio se dará sobre os sintomas e evita-se o aparecimento de complicações.

2.3. CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

Neste século é notório avanço na assistência à saúde no Brasil, há um aumento significativo na inserção dos Cuidados Paliativos (CP) dentro dos hospitais e de sua extensão territorial, podendo assim descentralizar das grandes capitais e regiões onde tinham maior se não todos serviços de Cuidado Paliativos do Brasil, como Sul e o Sudeste. Um dos fatores que contribuíram para a consolidação dos Cuidados Paliativos foi a especialização em medicina paliativa ganhando reconhecimento possibilitando avanços na implementação dos Cuidados Paliativos em solo nacional. Contudo no Brasil a prática dos Cuidados Paliativos têm iniciativas isoladas e discussões referentes ao tema são datadas meados dos anos 70, no entanto foi nos anos 90 que iniciou os primeiros serviços organizados, mesmo que de forma experimental. Um dos serviços pioneiros de Cuidados Paliativos foi o Instituto Nacional do Câncer (INCA), Ministério da Saúde, inaugurado em 1998, o hospital unidade IV, exclusivamente para o serviço de Cuidados Paliativos. Tivemos grandes contribuições dentre elas Professor Marco Túlio De Assis Figueiredo, que abriu os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM. Em dezembro de 2002, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – HSPE/SP inaugurou sua enfermaria de Cuidados Paliativos, sob a gestão da Dra. Maria Goretti Sales Maciel. Em São Paulo, surge o Hospital do Servidor Público Municipal, projeto também pioneiro encabeçado pela Dra. Dalva Yukie Matsumoto, que foi inaugurado em 2004, tendo início em 2001

(ANCP, 2020).

No Brasil o Cuidado Paliativo ainda encontra dificuldades com resoluções e políticas públicas, dificuldades ao atendimento de crianças e adolescentes, o tamanho geográfico do Brasil dificulta a descentralização e a falta de instrução dos profissionais de saúde, gestores hospitalares quanto à atuação. Havendo uma confusão dos Cuidados Paliativos com a prática da eutanásia e um paradigma quanto a uso de opióides para alívio da dor, ainda é um dos tabus enfrentados. Existe ainda um déficit na formação acadêmica dos profissionais de saúde em cuidados paliativos, fundamental para atuação profissional e técnica, causado pela ausência de residência médica e a pouca oferta de cursos de especialização e de pós-graduação de qualidade. Sendo que ainda hoje na graduação de medicina não se ensina ao médico a forma de abordar os pacientes terminais, como identificar e humanizar de forma ativa assistência à saúde. Em 2009, o Conselho Federal de Medicina incluiu, no código de ética médica, os Cuidados Paliativos como princípio fundamental (Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP, 2020).

No Brasil tem se avançado na assistência de Cuidados Paliativos em 2018, contávamos com 177 serviços, dados do documento Análise Situacional e ANCP para estruturação de programas de Cuidados Paliativos no Brasil, já no ano de 2019 são 190 serviços de (CP), sendo um aumento expressivo de 8%, embora não seja o necessário para suprir as necessidades brasileiras. Foi realizado um mapeamento no qual o Brasil saiu da categoria 3a, caracterizada pelo oferecimento de Cuidados Paliativos de maneira isolada, com financiamento fortemente dependente de doações, disponibilidade limitada de morfina e um pequeno número de serviços comparado ao tamanho da população. Em 2017, foi classificada como 3b, nesta categoria, a prestação de Cuidados Paliativos é generalizada, há fontes de financiamento, maior disponibilidade de morfina, centros de treinamento e mais serviços à disposição da população (ANCP, 2020).

2.4. O PAPEL DA PSICOLOGIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Como já anteriormente exposto, mas que cabe reforçar, a OMS define os Cuidados Paliativos como ações integradas prestadas a pacientes com enfermidades progressivas e irreversíveis e a seus familiares (MELO, MENEZES &

VALERO, 2013). Estas ações preconizam uma integralidade multidisciplinar: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, cujo objetivo principal é o alívio do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual daqueles diretamente envolvidos, ou seja, o paciente, seus familiares e a equipe de saúde.

Dito isto, cabe-nos perguntar: qual o papel do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos? Uma resposta concisa emerge ao recordarmos que este paciente ao longo do seu tratamento está experimentando várias perdas, sentindo o sofrimento físico e emocional resultado dos efeitos colaterais presentes no tratamento, e, não menos importante, vislumbrando a finitude como opção que lhe resta ante à irreversibilidade da sua doença. Significa dizer que a depender do momento em que este processo ocorre e/ou das características de personalidade das pessoas envolvidas são alterações que “podem afetar o humor, a funcionalidade e a capacidade do paciente em lidar adequadamente com a situação” (MELO, MENEZES & VALERO, 2013, p. 453).

Outra referência importante que implica diretamente na atuação do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos é a noção de “dor total” defendida por Cecily Saunders na década de 1960, na qual defende não haver somente uma dor orgânica, mas também uma dor emocional contida no amplo processo de sentir dor (MATSUMOTO, 2012). De modo que ao falar de Cuidados Paliativos

“ costuma-se ampliar a noção de *dor total* para o de *sintomas totais*, já que não é só na dor, mas também em outros sintomas tais como ansiedade, depressão, distúrbios do sono, vômito, dispnéia, etc, que os fatores psicológicos se fazem presentes ” (NUNES, 2012, p. 338).

O psicólogo é, pois, a escuta clínica deste paciente que encara a sua doença a partir de suas crenças conscientes e inconscientes manifestas em seu discurso. A cultura, a sociedade em que vive, bem como as suas vivências e história de vida são determinantes no modo como cada paciente experiencia a doença e a morte, situação na qual o psicólogo é o profissional capacitado a auxiliar, paciente e familiares, a enfrentar este processo de ajustamento psicológico favorecendo realtares, novos aprendizados, revisões de papéis e ressignificações na dinâmica relacional entre eles (BAPTISTA, BAPTISTA & DIAS, 2018).

Como preconizado pela ANCP, o acompanhamento psicológico deve ser iniciado o mais precocemente possível (MATSUMOTO, 2012), o que pode ser realizado de modo domiciliar, hospitalar ou ambulatorial. Fator Importante também é que o profissional psicólogo disponha de uma formação na área, preferencialmente em Psicologia Hospitalar (BAPTISTA, BAPTISTA & DIAS, 2018), além de uma habilidade em comunicar-se com os demais membros da equipe, atento em não ser um elemento invasivo às atividades destes outros profissionais (NUNES, 2012). Pacientes que estejam em fase de terminalidade, a escolha por deixá-los em domicílio ou em ambiente hospitalar deve ocorrer em conjunto com a família e a equipe que o acompanha, levando em conta sobretudo as condições estruturais e recursos de apoio que podem ser oferecidos em cada um destes locais. E o psicólogo também deve estar atento a isto.

Partindo dos princípios que regem a filosofia dos Cuidados Paliativos, podemos elencar sucintamente as ações norteadoras da prática do psicólogo em: estímulo à resolução de conflitos e conclusão de assuntos inacabados, encorajando o paciente a falar e expressar tais conflitos; conduzir o paciente à consciência das suas responsabilidades, não delegar apenas aos outros que cuide dele; proporcionar ao paciente, bem como a seus familiares, uma reorganização psíquica frente à realidade da morte, oferecendo possibilidades de valorizar a vida vivida e, assim, diminuir o temor da finitude; facilitar a comunicação do doente, consigo mesmo, com a equipe e com seus familiares, utilizando-se de estratégia de educação que esclareça sobre os procedimentos clínicos, seus efeitos e possibilidades, atenuando os temores que existam ante o desconhecido; e, finalmente, ser uma figura de apoio (ego auxiliar) que o compreenda e trabalhe na busca de estratégias que adapte o doente às circunstâncias adversas ou estressoras, conhecida como *coping*.

No que concerne à comunicação ou anúncio da gravidade da doença e/ou do seu prognóstico, surge sempre a pergunta se o paciente deve ou não ser informado a respeito de sua doença. Primeiramente, ressalte-se que informar é uma obrigação legal:

“ é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal ” (BAPTISTA, BAPTISTA & DIAS,

Esta informação, além de significar uma atitude de respeito à pessoa do paciente, pode propiciar um vínculo mais saudável entre ele e a equipe médica. Contudo, se o paciente, de algum modo, demonstrar não querer saber a verdade naquele momento, o médico deverá aguardar uma ocasião mais oportuna quando o paciente se mostrar mais forte para enfrentar a realidade. É papel do psicólogo, pois, mediar esta etapa da comunicação em momentos tão conflitantes como este, inclusive identificando o estado emocional do paciente, o quanto receptivo ele possa estar e trabalhar junto à equipe até onde é possível ir naquele momento (BAPTISTA, BAPTISTA & DIAS, 2018).

Dois pontos últimos neste quesito merecem uma consideração: o cuidado com a família e o cuidado com a equipe. A família, direta e emocionalmente envolvida com o paciente, passa por extrema sobrecarga de estresse, oscilações de humor, sentimentos de culpa e impotência, exigências de responsabilização frente às ações dirigidas ao doente, necessidade de parar um pouco e ‘respirar’, entre outros aspectos. Muitas vezes o psicólogo precisará reunir os membros desta família e escutá-los; noutros momentos talvez precise passar-lhes informações referentes ao tratamento, cumprindo um papel, em ambas situações, de romper com um posicionamento comumente chamado de *conspiração do silêncio*. Caso julgue necessário, o psicólogo poderá sugerir aos membros desta família que procurem apoio psicoterápico individualizado (BAPTISTA, BAPTISTA & DIAS, 2018).

Outro enquadre que envolve o papel do psicólogo é em relação à equipe multidisciplinar que cuida desses pacientes. Ainda que treinados para tal fim “estes profissionais que lidam com cuidados paliativos se sentem frustrados e impotentes em relação à morte quando iniciam sua trajetória profissional” (BAPTISTA, BAPTISTA & DIAS, p. 58, 2018), conseguindo uma adaptativa ressignificação quando com mais anos de experiência. A harmonia da equipe pode estar comprometida a depender do estado emocional dos seus profissionais, influenciando negativamente na qualidade do trabalho prestado. Algumas circunstâncias são mais necessárias à presença do psicólogo: o doente e/ou a família apresentam um comportamento agressivo; recusa em seguir as recomendações da equipe ou mesmo da medicação prescrita; postura negacionista frente à doença; o paciente

e/ou a família assumem uma postura demandante (NUNES, 2018). Nestas circunstâncias o psicólogo poderá mediar uma melhor comunicação entre as partes ou diminuir a hostilidade reinante permitindo que estas pessoas 'extravasem' suas emoções.

3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

A presente pesquisa foi uma revisão bibliográfica, um método que busca selecionar e realizar o fichamentos dos documentos que tenham relação com a temática que se pretende estudar (FLICK, 2009). Pretende-se realizar um levantamento da produção científica do tópico em particular, envolvendo análise, avaliação e integração da literatura publicada. A forma de análise será qualitativa, esse recurso traz à tona as reflexões dos pesquisadores acerca de suas pesquisas como parte do processo de produção de conhecimento, bem como a análise de diferentes perspectivas e abordagens (FLICK, 2009).

A pesquisa foi realizada através das bases de dados Scielo, Pepsic, Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Bvs Saúde, Bvs Psi e Google acadêmico. Serão utilizados artigos e livros que estejam relacionados com o tema, através dos descritores: Cuidados Paliativos, Cuidados Paliativos No Brasil, Origem Cuidados Paliativos. O fichamento será feito a partir do tema e resumo do material e se dará preferência às publicações datadas de 2011 a 2021.

Critérios de inclusão: Materiais que abordem a historicidade dos Cuidados Paliativos; a sua inserção nos hospitais; trabalhos que tragam a intervenção do psicólogo nos Cuidados Paliativos; trabalhos que conceitue e reflita sobre os impactos dos Cuidados Paliativos na assistência a vida, produções com idioma português do Brasil. Critérios de exclusão: Materiais que não tenham ligação com o tema e materiais que não tenham embasamento aos autores citados.

4 RESULTADOS

Nas pesquisas realizadas para a construção do presente material foram encontrados 25 trabalhos entre livros, monografias e artigos. E buscando atingir o objetivo central, de discutir sobre as implicações do tema escolhido, foram selecionados para serem utilizados na discussão 10 trabalhos, na tabela

apresentamos uma breve descrição, do material que foi usado para a nossa discussão:

Autor/Ano	Título	Objetivos	Resultados
BAPTISTA; BAPTISTA; DIAS, 2018.	Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos.	Esta obra propõe oferecer uma visão abrangente e pormenorizada da atuação do psicólogo dentro das unidades hospitalares.	Através de uma divisão em capítulos bastante didática, a obra oferece uma descrição acerca da atuação do psicólogo nos hospitais, desde pacientes ambulatoriais até os internados em unidade de terapia intensiva ou unidades de transplante. A ênfase recai sobre a fundamental importância do profissional da psicologia junto aos outros membros da equipe no processo de alívio e/ou de cura destes pacientes.
CAPELAS; SILVA; ALVARENGA; COELHO, 2014.	Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional	Demonstrar o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, demonstrando os documentos nucleares que contribuíram para seu desenvolvimento	Foi possível mapear a evolução histórica dos Cuidados Paliativos, compreendendo seu passado e origem.

<p>FLORIANI; SCHRAMM, 2007.</p>	<p>Cuidados Paliativos: interfaces, conflitos e necessidades.</p>	<p>Uma publicação científica que analisa as formas de cuidado na prática médica, oferecendo uma mudança de paradigma que passa a cuidar do doente algo além da dor física e do alívio dos sintomas.</p>	<p>Oferece uma discussão direta sobre o conceito de boa morte e novas perspectivas de cuidado com os pacientes sem possibilidade de cura, ampliando a visão sobre um doente que sofre não apenas a dor física, mas que vê a proximidade da morte e com esta realidade precisa conviver.</p>
<p>GOMES; OTHERO, 2016.</p>	<p>Cuidados Paliativos</p>	<p>Refletir sobre a nova realidade de uma população mais envelhecida e apresentar o conceito de Cuidados Paliativos.</p>	<p>Sua contribuição se dá ao descrever uma população mais envelhecida ao mesmo tempo que traz à luz uma proposta de cuidados ao doente sem possibilidade de cura que transcende a prática puramente curativa, tão presente em nossa sociedade.</p>

<p>HERMES; LAMARCA, 2013</p>	<p>Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde</p>	<p>Este artigo trata a questão da morte e do morrer, tanto na visão tradicional como na contemporaneidade, e como o cuidado paliativo tem sido tratado nas categorias de trabalho de medicina, serviço social, psicologia e enfermagem.</p>	
<p>MATSUMOTO, Dalva Yukie, 2012.</p>	<p>Manual de Cuidados Paliativos</p>	<p>Manual elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, destinada aos diversos profissionais de saúde dedicados ao trabalho com Cuidados Paliativos.</p>	<p>Livro fundamental para construção deste trabalho por sua relevância dentro da temática, contendo em si uma rica contribuição a partir do trabalho e da pesquisa de autores brasileiros capaz de oferecer um sólido suporte à práxis dos Cuidados Paliativos.</p>

<p>MELO; MENEZES; VALERO, 2013.</p>	<p>A intervenção psicológica em Cuidad os Paliativ os</p>	<p>Um trabalho bibliográfico realizado pelas autoras com a finalidade de organizar e analisar as principais contribuições acerca do tema de Cuidados paliativos</p>	<p>Consiste num trabalho que traz em si com bastante clareza os principais pontos de atuação do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos, bem como sua importância frente ao paciente sem possibilidade de cura, mas que necessita de um suporte adequado ante a dor emocional.</p>
<p>MENEZES, Rachel Aisengart, 2004.</p>	<p>Em busca da boa morte: Antropologia dos cuidados paliativos</p>	<p>Um livro que busca abordar os Cuidados Paliativos, trazendo a morte fria gélida que ocorre nos hospitais. Destacando as mudanças na estrutura cultural, procurando humanizar a morte, debatendo a relação Médico-Paciente.</p>	<p>Artigo possibilitou a reflexão da construção dos Cuidados Paliativos que vem de encontro da “boa morte”.</p>

<p>NUNES, Luana Viscardi, 2012.</p>	<p>Manual de Cuidados Paliativos (O papel do psicólogo nos Cuidados Paliativos)</p>	<p>Manual elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, cujo capítulo está especificamen te direcionado à participação do psicólogo na equipe multidisciplin ar.</p>	<p>Consiste num subsídio pormenoriza do no que concerne à função do psicólogo junto ao paciente de Cuidados paliativos, junto à família e junto à equipe multidisciplinar.</p>
<p>SILVA; SUDIGURSKY, 2008.</p>	<p>Concepções sobre Cuidados Paliativos: revisão bibliográfica</p>	<p>Artigo elaborado com objetivo de fazer uma revisão bibliográfica referente às concepções e articulações dos Cuidados Paliativos</p>	<p>Foi possível coletar conceitos referentes aos Cuidados Paliativos nos auxiliando no entendimento sobre as facetras dos Cuidados Paliativos.</p>

RODRIGUES; ZAGO, 2010.	Cuidados Paliativos: realidade ou Utopia?	Artigo tem como objetivo possibilitar uma reflexão acerca dos Cuidados Paliativos prestados aos pacientes sem possibilidade de cura, na fase de terminalidade de uma doença.	Ampliou o debate referente aos cuidados aos pacientes em condições de doenças que ameaçam a vida.
---------------------------	---	---	---

5 DISCUSSÃO

O paciente que se encontra fora de possibilidade terapêutica de cura enfrenta basicamente duas naturezas de padecimento que em igual medida são potencialmente desestabilizadoras ao indivíduo: 1) a dor física provocada pela doença ou conseqüente às ações terapêuticas; e, 2) a dor psíquico-emocional ante a possibilidade da finitude e o que isto possa representar. Ademais o enfraquecimento do corpo físico que vê suas forças esvaírem, o esvaziamento 'da alma' é tão dilacerante quanto a dor física, senão capaz de provocar desespero tão agudo que mergulha o paciente e seus familiares numa 'terrificante escuridão' antes mesmo da morte. É um sofrimento profundo ao paciente, seus familiares e cuidadores mais diretos. Frente a esta realidade, é inovador pensar numa abordagem de tratamento que não olhe tão somente a doença em seu axioma patológico, mas pensar no cuidado integral ao paciente, cuja importância, inclusive, não deve ser dada somente no momento da finitude da vida, senão em todas as etapas da doença desde o seu início, principalmente no evoluir naquelas doenças chamadas crônico-degenerativas (SILVA & SUDIGURSKY, 2008).

Quando na década de 1940 a enfermeira Cicely Saunders acompanhou o paciente judeu colostomizado até a morte, dedicando-lhe cuidados além daqueles que preveniam a dor, a enfermeira e assistente social iniciava uma verdadeira revolução no cuidado dos pacientes que não tinham possibilidade de cura

(MATSUMOTO, 2012). No alvorecer desta transformação firma-se um novo olhar que vai da dor física à dor total; da finitude da vida à vida em plenitude; do olhar sobre a doença a um olhar sobre o paciente como pessoa e tudo que o constitui: seus receios, seus afetos, crenças, expectativas, dificuldades, resistências ao tratamento, tudo o mais que o afete. Ou seja, o paciente não é somente uma doença ou um sintoma que requer uma intervenção terapêutica. Ele é pessoa/sujeito cuja vida está em curso; razão pela qual, merecedor de toda dignidade humana e de uma atenção que não o reduza a um mero diagnóstico ou um ‘alguém’ prisioneiro da doença. É, portanto, um outro ethos, fundamentado na compaixão e na visão integral do indivíduo (FLORIANI & SCHRAMM, 2007).

Floriani e Schramm (2007), falam de uma “obstinação terapêutica” como sendo a filosofia médico-cêntrica reinante até então, cujo contraponto se dá justamente com a proposta dos Cuidados Paliativos. Compreendida como o prolongamento persistente das medidas terapêuticas que prolongam a vida e retardam a morte, a obstinação terapêutica tem por essência adotar medidas que mantenham a vida do paciente a qualquer custo, ainda que os benefícios recaiam tão somente sobre uma parte do indivíduo e não no seu todo, além de tornar o momento da morte uma experiência marcada exclusivamente pela aridez do maquinário de suporte à vida e das medicações inotrópicas. Nas palavras de Halina Bortnowska significa partir de uma *ética da cura*, na qual deve-se lutar até o fim sem dar-se por vencido, para uma *ética do cuidado* cujo valor central reside na dignidade e compaixão pela pessoa do paciente (MATSUMOTO, 2012, p. 25).

O termo *Hospice* é uma expressão inglesa que vem imbuída na origem dos cuidados paliativos por volta da década de 1940 na Inglaterra. Os *hospices* eram as hospedarias ou abrigos que na era do cristianismo primitivo tinham por finalidade receber peregrinos em viagem, e que posteriormente tomaram outra configuração convertendo-se em instituições de caridade nas quais na Europa do século XVII recebiam pobres, órfãos e doentes, sobretudo os acometidos por tuberculose e câncer. Esta prática, inicialmente muito ligada às ordens religiosas de freiras, junta-se a esta nova ética do cuidado quando em 1967 Cicely Saunders funda o St. Christopher Hospice em Londres “ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar” (MATSUMOTO, 2012, p. 24), não apenas destinado ao cuidado dos doentes, mas também ao ensino e pesquisa em cuidados paliativos.

No Brasil esta ideia foi sendo trazida por quem ia para fora estudar e lentamente veio tomando corpo pelo final dos anos 1990, destacando-se para isto a efetivação da especialização médica em Cuidados Paliativos e a abertura de uma unidade hospitalar (Unidade IV) destinada aos cuidados paliativos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) na cidade do Rio de Janeiro em 1988. Muito embora, deva-se registrar que o primeiro serviço de cuidados paliativos surgiu no Rio Grande do Sul em meados do ano de 1983. E tal como outros países em desenvolvimento, o Brasil enfrentou naquela ocasião e enfrenta ainda hoje alguns obstáculos à ampla disseminação dos cuidados paliativos: uma dimensão geográfica quase continental, desigualdades no acesso à saúde, formação médica num modelo extremamente cartesiano e resistências dos profissionais da saúde a uma nova forma de cuidado são percalços ainda a serem vencidos (RODRIGUES e ZAGO, 2010).

Outro ponto fulcral nesta mudança foi a maneira como a morte vem sendo encarada ao longo do tempo. Entre os séculos XVI e XVIII a morte era vista como uma inimiga, aquela que arranca o ser querido de sua família. Nessa época era prática corrente o moribundo morrer cercado por seus familiares no âmbito na própria casa, portanto, um evento comunitário e enfrentado com resignação. Chegando ao século XX a morte passa a ser vista como um inimigo que pode ser enfrentado. Por intermédio de um maquinário hospitalar cada vez mais sofisticado, medicações ultra potentes e conhecimentos médicos avançados, a morte pode ser adiada, embora quando chegue seja uma morte fria e solitária nos leitos de terapia intensiva onde ninguém pode entrar.

Neste alvorecer tecnológico, o homem moderno admitiu a crença de poder vencer a batalha: com tantos recursos a seu favor, acreditou viver como se não fosse morrer. Na visão contemporânea mais recente, entretanto, e sobre a qual os cuidados paliativos se assentam, há um outro movimento e a boa morte traz em si uma filosofia da morte na qual os profissionais de saúde se empenham:

“ em tornar o fim da vida do paciente um momento digno, em assisti-lo até seu último suspiro, dar-lhe voz, permitir escolhas, principalmente do lugar onde deseja morrer “ (HERMES & LAMARCA, 2013, p. 258).

É possível aferir, então, como na visão de vários autores o conceito de Cuidados Paliativos emerge a partir de uma mudança de paradigma: de um sujeito doente a uma pessoa integral; de alguém enfermo e sem possibilidade de cura a uma pessoa que ainda tem vida; de uma dor localizada a uma dor total, de uma morte que antes representava uma “derrota da vida” a um processo natural de evolução biológica dos seres. É um ponto de virada, pois abandona-se uma concepção estritamente biológica para explicar o intervalo de tempo entre o nascer e o morrer e adota-se um olhar filosófico, existencial, humanista, dentro do qual tudo está interligado e tudo tem muito valor. É dizer também, não há mais uma separação linear do binômio homem X doença, como se olhar para um inexoravelmente implicasse em desligar-se do outro.

Dentro da nova visão que fundamenta os Cuidados Paliativos impera o princípio do *cuidar* no lugar do que seria buscar apenas a cura da enfermidade. Este princípio do cuidar pressupõe aliviar a dor e os sintomas do paciente, dar-lhe conforto, assistir aos seus familiares, fornecer-lhes suporte emocional e espiritual, facilitar na aquisição e organização dos recursos necessários à terapêutica empregada, bem como todas as iniciativas que se traduzam em menor carga de estresse frente à enfermidade. É a defesa do ser humano a partir de uma visão humanizada sobre o doente e a doença (BAPTISTA & DIAS, 2010). O objetivo é oferecer qualidade de vida enquanto vida houver e vida com dignidade. Como diz Menezes: “A meta é a melhor qualidade de vida durante o tempo restante de vida, oferecendo dignidade e mantendo a identidade social do enfermo” (MENEZES, 2004, p. 41).

O cuidar integral do paciente e seus familiares está bem delineado no conceito empregado pela OMS ao definir o que sejam cuidados paliativos. Já no início ela diz: “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares...” (MATSUMOTO, 2012, p.26), delineando uma mudança radical de paradigma no modelo médico-tecnocentrista dominante. A frieza tecnológica abre espaço à humanização de um olhar sensível e solidário; sai a figura do médico ‘dono da razão’ e entra o paciente detentor de sua autonomia a participar das tomadas de decisões. Esta reconfiguração traz em si a possibilidade de tratamento fora do ambiente hospitalar, estendendo-o também ao ambiente

ambulatorial e domiciliar, propiciando menor carga de estresse, além de maior empatia, calor humano e compaixão.

Quando em 1990 a OMS define na primeira vez o conceito e os princípios de cuidados paliativos, o fez inicialmente voltado aos pacientes com câncer em final de vida. Em 2002 ela fez uma revisão ampliada e incluiu outras doenças como Aids, doenças cardíacas e doenças neurodegenerativas, emitindo um documento intitulado *The solid facts – Palliative Care* ampliando o horizonte para todas as doenças crônicas e também aos idosos (GOMES & OTHERO, 2016). Nota-se, pois, uma evolução conceitual com uma maior abrangência, como está exposto no que diz a OMS:

“ Cuidados Paliativos são uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentem uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais ” (OMS, 2007, p.3).

É a partir deste conceito da OMS que se alicerçam alguns princípios que devem ser destacados: a) o tratamento paliativo deve ser iniciado o mais precocemente possível, mediante franca comunicação e decisões compartilhadas entre equipe de saúde, paciente e familiares; b) os sintomas devem ser constante e regularmente manejados para alívio do sofrimento e melhor qualidade de vida; c) a morte deve ser encarada como um processo natural; nem adiada, tampouco antecipada; d) o cuidado deve estar direcionado não somente aos pacientes, mas em igual importância aos familiares e cuidadores (GOMES & OTHERO, 2016).

Ao paciente deve ser preservada sua autonomia e independência: desde as decisões mais simples do dia a dia, aos arranjos finais que assegurem uma melhor organização por ocasião da morte. São a *autonomia* e a *independência* dois pilares da auto estima, ainda que vivenciadas em experiências de profundo sofrimento. Os familiares também devem ter seu sofrimento paliado ante a nova conformação familiar que se faz real. Como diz Baptista e Dias: “A família, assim como o próprio paciente, sofre e passa por um processo de transformação em sua estrutura para adaptar-se à realidade do membro doente” (2010, p. 70). São eles, na maioria das

vezes, que passam maior parte do tempo com o doente e sobre eles recaem muitas das decisões a serem tomadas, o que significa dizer estarem submetidos a alta carga de ansiedade e possíveis sentimentos de frustração.

Salientamos, pois, como a concepção fundamental dos Cuidados Paliativos reside em possibilitar ao enfermo um atravessar de sua enfermidade com dignidade e uma consciência de morte como o mais natural possível. Alcançar esta meta pode variar bastante de um paciente a outro, a depender de sua história de vida, seu caráter e suas crenças, o sistema organizacional da família e até mesmo as características próprias da doença, como evolução e prognóstico. Porém, e a despeito desta premissa, é compromisso de todos os envolvidos neste 'cuidar' que busquem incansavelmente seguir esta meta. A possibilidade da morte é sem dúvida impactante. Em qualquer época ou marco da civilização o homem é marcado por uma busca de compreender, senão de driblar a finitude da vida. O avanço tecnológico moderno corroborou este desejo de vencer a morte e prolongar a vida. Drogas potentes, diagnósticos meticulosos, ações terapêuticas variadas, tudo a serviço de tornar o Homem o grande vencedor deste embate. Entretanto, compreendemos que esta luta travou-se à esteira, muitas das vezes, de um maior sofrimento tanto do paciente quanto dos seus familiares. Daí dizer-se que o modelo médico-cêntrico tradicional era "lutar pela vida a qualquer preço", diante do qual os princípios balizadores presentes nos cuidados paliativos vem romper esta lógica.

Em 1986 a OMS normatizou princípios que regem a atuação dos profissionais de saúde com pacientes de cuidados paliativos, tomando como ponto de partida ser um trabalho multiprofissional que abarca vários saberes. Diz Matsumoto:

“ Os Cuidados Paliativos baseiam-se em conhecimentos inerentes às diversas especialidades, possibilidades de intervenção clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento da ciência médica e de conhecimentos específicos ” (MATSUMOTO, 2012, p. 26).

A composição de uma equipe multidisciplinar é um destes princípios norteadores, justamente pela proposta de olhar o paciente em todas as suas dimensões. Logo, estes "olhares" múltiplos são quem poderão fornecer uma abordagem mais efetiva e completa. Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas,

nutricionistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos fornecem o seu saber específico numa construção conjunta capaz de responder às necessidades de alguém que não é somente um corpo biológico, mas também um corpo social, um corpo psíquico e espiritual (HERMES & LAMARCA, 2013).

Ao paciente frente à sua doença e à possibilidade da morte não pesa somente o sofrimento físico dos seus sintomas. Lembramos uma vez mais a noção de “dor total” empregada por Cicely Saunders nos anos de 1960, para dizer que não há somente uma dor física: há medo, sentimento de perda, frustração pelo não vivido, solidão, impotência. Sob um prisma psicodinâmico, ocorre um processo de ‘destruição’ da imagem que o paciente tem de si, vilipendiado pela doença e pelo tratamento, que não facilmente o paciente será capaz de elaborar ou o que na linguagem psicanalítica poderíamos dizer deixar o sofrimento encontrar um lugar de fala (NUNES, 2012). Aqui reside a importância central do psicólogo na equipe de cuidados paliativos, oferecendo uma escuta empática que acolha este sofrimento, pois como diz Mesquita: “Os psicólogos têm formação no sentido de compreender o comportamento humano, têm as competências necessárias para apoiar e estimular a expressão do pensamento e das emoções...” (2012, apud Watson et al., 2005, p.55).

O psicólogo irá atuar no sentido de reorganizar as desordens psíquicas provocadas pela doença em curso. Um princípio salutar é que esta atuação se dê junto ao paciente, junto a seus familiares e à equipe de saúde. Para tanto, muito importante a *escuta* e o *acolhimento*, além de uma sensibilidade refinada à linguagem verbal e não verbal, capaz de romper com o sofrimento silencioso que pode estar reinando entre todos formando uma verdadeira ‘conspiração do silêncio’ (HERMES & LAMARCA, 2013). Faz parte da atuação do psicólogo mediar uma comunicação franca e aberta entre todos (paciente–família/ paciente–equipe/ família–equipe), tão fragmentada nestes momentos de adoecimento onde pode prevalecer agressividade, burla, defesas inconscientes e culpabilização. Atuará para dar voz ao paciente atemorizado pela finitude, restaurar sua auto estima, caminhar junto a ele buscando uma *res-significação* da vida.

Uma estratégia bastante útil ao psicólogo é conhecida como counselling (aconselhamento) cuja tradução mais abrangente significa ‘relação de ajuda’ ou

'assessoramento terapêutico', e que vem justamente como uma ferramenta capaz de enfrentar construtivamente momentos críticos da vida (BERMEJO & SANTOS, 2015); que mais que um aconselhamento em si, permite aos pacientes, familiares e equipe reconhecerem e expressarem seus sentimentos de modo a trabalharem os conflitos internos e os problemas de relacionamento (MESQUITA, 2012). Para lograr este fim é imprescindível àquele que ajuda mostrar-se disponível, acolhedor e 'sem medo' de encarar a morte, como diz Mesquita: "O importante na relação de ajuda é o saber "ser" e o saber "estar" com o doente e não temer a morte" (MESQUITA, 2012, p. 60), mediante uma escuta ativa, uma postura empática e a aceitação do paciente e seus temores.

Uma vez compreendido que a concepção central dos cuidados paliativos é um olhar integral sobre a pessoa do doente, sua família e equipe de saúde, não se pode negligenciar o quanto as crenças do indivíduo podem exercer grande influência no percurso do tratamento. Estudos têm demonstrado como a espiritualidade pode ser um agente regulador das emoções; a fé pode ser um vetor de melhoria tanto aos sintomas físicos como aos psicológicos. A dimensão espiritual é constitutiva do ser e em muitas pessoas é um ponto de ancoragem aos seus questionamentos mais profundos, ao seu sofrimento, não raro, uma via de compreensão última a respeito da existência (ARRIEIRA et. Al, 2018). Em momentos de dor o chamamento por uma compreensão espiritual pode mostrar-se revestida de esperança, mas às vezes também surge o desespero. A médica paliativista Ana Claudia Quintana chama a atenção afirmando que muitos pacientes frente à possibilidade da terminalidade podem sentir-se abandonados por um Deus "que não se submeteu às nossas vontades e simplesmente desapareceu de nossas vidas em um momento tão difícil e de tanto sofrimento" (ARANTES, 2019, p. 32).

Por esta razão, é importante considerar que como parte do atendimento multidisciplinar esteja também o diretor espiritual ou guia, respeitando-se as orientações religiosas e crenças do paciente e sua família. Como apontou Kubler Ross (1969), frente à morte o doente e sua família atravessam etapas do luto antes de chegar a aceitação propriamente dita. A raiva, a barganha e a depressão podem estar presentes. E novamente nestes momentos, o psicólogo com uma escuta atenta, pode perceber a necessidade de uma assistência espiritual, o que será feito pelo padre, pastor ou alguém da religião que eles professam. O importante, vale

ressaltar, é que se produza uma mudança na representação do morrer na qual o doente em terminalidade seja o ator central nesse processo que deve ser um processo de paz (PORTO & LUSTOSA, 2010).

De modo que são amplas as possibilidades de atuação da psicologia junto aos pacientes em cuidados paliativos. Escutar, estar presente, facilitar a comunicação e as trocas, propiciar novas compreensões, acolher as angústias, são atitudes que podem modificar o curso da história de quem está sendo paliado; podem dar um outro significado a esta experiência. Vimos, através dos vários autores mencionados, que esta proposta não emerge sem trazer consigo certas dificuldades. Os próprios cuidadores, familiares e equipe, podem estar exauridos em suas forças e com suas capacidades limitadas. O ambiente desfavorável, a gravidade da doença, a diversidade de valores e crenças podem de algum modo representar resistências a esta forma de cuidar mais calorosa e humana. Finalizamos, assinalando a importância de que todos estejam muito conscientes e de algum modo preparados para esta tarefa, principalmente os profissionais de saúde que lidam diretamente na assistência destes pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este trabalho estamos de algum modo convencidos de que foi uma verdadeira mudança de paradigma a introdução dos cuidados paliativos aos enfermos sem possibilidade de cura. Aliás, e como testemunho desta mudança, configura-se um novo conceito e não mais o de terminalidade; são pacientes fora de possibilidade de cura. O ideal visionário da enfermeira Cicely Saunders em meados dos anos 1960 na Inglaterra, converteu-se em uma filosofia do cuidar adotada por centenas, senão milhares de profissionais da saúde que substituem o olhar *sobre um doente* por um olhar *sobre a pessoa*.

Parte-se de uma visão médico-tecnocentrista que dá lugar ao cuidado integral da pessoa humana valorizando a vida enquanto houver vida. Não é a dor, nem o diagnóstico, tampouco o arsenal de medidas terapêuticas que têm maior importância; no centro deste cuidado está a vida enquanto valor sagrado e este valor deve ser preservado e defendido até seu minuto derradeiro. A dor não se manifesta exclusivamente como uma dor física. Nos pacientes sem possibilidade de cura, bem como a seus familiares e cuidadores, estão sempre presentes a dor da culpa, a dor

da impotência, a dor do fracasso, a dor do medo, a dor da desesperança. É, pois, uma dor total como bem defendeu Cicely Saunders.

Compreendendo o conceito de dor total compreende-se também a necessidade de um trabalho multidisciplinar para diminuir os efeitos do sofrimento manifesto. Ao psicólogo está reservada a função de ouvir a voz deste sofrimento que se manifesta nas mais variadas expressões, sejam advindas do doente em tratamento, sejam dos seus familiares e/ou equipe de saúde. Há um entrelaçar de temores e dores que requer ser suavizado. Por tratar-se de uma escuta abertas às vozes posicionadas em papéis bem distintos, não lhes pode faltar empatia, sensibilidade e respeito; ao *dito* e ao *não-dito*. Além, naturalmente, de uma enorme capacidade de lidar com os temores da morte em si. Razão pela qual é de suma importância uma adequada capacitação técnica do psicólogo, que lhes capacite integrar uma equipe de Cuidados Paliativos.

Em tratando-se de uma nova concepção do cuidado, não é possível imaginar que esteja imune a desafios e dificuldades. Em muitos lugares ainda prevalece a magia da medicina curativa, famílias que insistem na cura para seus parentes na idéia *custe o que custar*, profissionais de saúde que ora enfrentando o desconhecido ora enfrentando os próprios temores, não se abrem a um estado de compaixão que antes de tudo os exorta a um acolhimento humanizado. Enfrentar os limites do outro impõe ser capaz de aceitar e digerir os próprios limites, sobretudo a morte. Nos autores e trabalhos que nos serviram de baliza para este projeto está claramente dito que dentro da filosofia dos Cuidados Paliativos a morte não é o cerne da questão; nesta filosofia o imperativo categórico é a Vida.

7 REFERÊNCIAS

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

ARRIEIRA, I. C. O., JACONDINO, M. B.; MARTINS, C. L., MOURA, P. M. M., PORTO, A. R., THOFEHRN, M. B. **Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe multidisciplinar**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>. Acesso em: 07/abril/2022.

Baptista, M. N., & Dias, R. R. (2010). **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e**

casos clínicos. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 250 p.

BERMEJO, J. C., SANTOS, E. **Counselling Y Cuidados Paliativos.** Bilbao: Desclée de Brouwer, 2015.

CALMON, V. A. A. et al. **Psicologia Hospitalar - Teoria e Prática** (2ª ed.). São Paulo: CENGAGE Learning, 2010.

CAPELAS, M. L.; SIMÕES, S.; ALVARENGA, M., COELHO, P. - **Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional.** Revista Cuidados Paliativos. ISSN: 2183-3400 (2014) vol. 1, nº 2, p.7-13

CARREIRO, A. S. **Atuação dos Terapeutas Ocupacionais na área dos Cuidados Paliativos.** Universidade de Brasília (UNB), 2013.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009a.

FLORIANI, C. A; SCHRAMM, F. R. **Cuidados Paliativos: interfaces, conflitos e necessidades.** Ciências & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro 13(2), Dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900017>. Acesso em; 12 set. 2021.

GOMES, A. L. Z; OTHERO, M. B. **Cuidados Paliativos.** Medicina Estudos Avançados. São Paulo, 30 (88), Dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>. Acesso em: 03 set. 2021.

HERMES, H. R., LAMARCA, I. C. A. **Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 18(9), p. 2577-2588, Set/2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>. Acesso em: 25/03/2022.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios.** Manual de Cuidados Paliativos (2ª ed.), p. 23-30. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). São Paulo, 2012.

MELO, A. C; MENEZES, M. VALERO, F. **A Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos.** Psicologia, Saúde & Doença, 14 (3), 452-469. Lisboa, 2013. Disponível

em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36229333007>. Acesso em: 16 set. 2021.
MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: Antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

NUNES, L. V. **O papel do Psicólogo na Equipe**. In: ANCP. Manual de Cuidados Paliativos (2ª ed.), p. 337-340. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, R. A. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), 2008.

PORTO, G.; LUSTOSA, M. **A Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0858201000010007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 nov. 2021.

ROCHA, J. R; SILVA, D. C. (2015). **O Hospital é o lugar da Saúde?** A Psicologia da Saúde frente ao processo saúde-doença. Interfaces Científicas - Saúde & Ambiente, 4 (1), 9-17. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2015v4n1p9-17>. Acesso em: 06 set. 2021.

RODRIGUES, I. G., & ZAGO, M.M.F. **Cuidados Paliativos: realidade ou Utopia?** Ciência Cuidado e Saúde, 2010. Disponível em <<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v8i0.9740>>. Acesso em 25/março/2022.

SANTOS, A. F. J. dos; ANGÉLICA, E.; FERREIRA, L.; GUIRRO, Ú. B. D. P. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019**. 1. ed. -- São Paulo : ANCP, 2020.

SAUNDERS, C. (2004). Foreword. In: D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny, K. Calman, (Eds.), **Oxford textbook of palliative medicine** (3a ed., pp. 17-20). Oxford: Oxford University.

SILVA, E. P; SUDIGURSKY, D. **Concepções sobre Cuidados Paliativos: revisão bibliográfica**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, 21(3), p. (504-508), 2008.