

ELTON MAURICIO SOARES DE OLIVEIRA

**O PSICÓLOGO E OS CUIDADOS PALIATIVOS: COMO AMENIZAR
DOR E SOFRIMENTO DO PACIENTE E SEUS FAMILIARES**

Guarulhos

2021

ELTON MAURICIO SOARES DE OLIVEIRA

**O PSICÓLOGO E OS CUIDADOS PALIATIVOS: COMO AMENIZAR
DOR E SOFRIMENTO DO PACIENTE E SEUS FAMILIARES**

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Ciências Humanas, Saúde e Educação de Guarulhos, sob orientação da Professora Cristina Harumi Sumita.

Guarulhos

2021

ELTON MAURICIO SOARES DE OLIVEIRA

**O PSICÓLOGO E OS CUIDADOS PALIATIVOS: COMO AMENIZAR
DOR E SOFRIMENTO DO PACIENTE E SEUS FAMILIARES**

Monografia apresentada como Trabalho de
Conclusão do Curso
de Psicologia das Faculdades Integradas de
Ciências Humana, Saúde e
Educação de Guarulhos, sob orientação da Pr
ofessora Cristina Harumi Sumita.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA:

_____ / ____ / _____

Prof. Xxxxx

Faculdades Integradas de Ciências Humana, Saúde e Educação de Guarulhos

_____ / ____ / _____

Prof. Xxxxx

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por ser a base das minhas conquistas.

Aos professores, pela dedicação durante toda essa trajetória e principalmente a professora Cristina HamuriSumita pelas orientações prestadas na elaboração deste trabalho, pelo incentivo e colaboração no desenvolvimento de minhas ideias.

Aos meus familiares, meus pais, minha esposa e meu sobrinho que estão sempre ao meu lado me apoiando, incentivando, transmitindo fé, amor, paciência e coragem.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi compreender a atuação do psicólogo com pacientes que necessitam de cuidados paliativos e compreender como amenizar o sofrimento de seus familiares e de pacientes em condição terminal. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos constituem uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados às doenças ameaçadoras à vida através de prevenção e alívio do sofrimento. A intervenção é baseada nos cuidados que incorporam todo o espectro de médicos, de enfermagem, psicológicos, sociais, culturais, centrado no paciente, na família e no cuidador. (SILVA JÚNIOR; RESENDE, 2017). A pesquisa seguiu uma revisão sistemática para obter informações que contribuíssem no processo de tomada de decisão sobre estudos de cuidados paliativos. Estudo que se refere a uma morte prevista, que é chamado de luto antecipatório em que as intervenções ocorrem antes da morte e o paciente e seus familiares poderão enfrentar a trajetória de finitude de forma menos árdua. (CREMESP, 2008).

Conclui-se que é crucial a intervenção do psicólogo com uma formação especializada em cuidados paliativos que atuará conjuntamente com a equipe de saúde. E o seu papel, junto à equipe, é proporcionar tanto ao paciente quanto aos seus cuidadores qualidade de vida, com acolhimento e uma escuta atenta e para aliviar a tensão e oferecer melhor cuidado ao outro. (RIBEIRO; SOUZA, 2010).

Palavras-chave: Cuidados paliativos, psicólogo, luto, luto antecipatório, pacientes terminais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo geral	9
2.2 Objetivos específicos.....	9
3 REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 História dos cuidados paliativos	10
3.2 Entendendo sobre o cuidado paliativo.....	10
3.3 Cuidados paliativos	12
3.4 Paciente paliativo	12
3.5 Cuidados paliativos no Brasil	12
3.6 Pilares do tratamento dos cuidados paliativos	14
3.7 Intervenções da equipe de multiprofissionais no cuidado paliativo	15
3.8 Intervenção do psicólogo	16
3.9 Formação de profissionais em cuidados paliativos	17
3.9.1 Lugares de formação para psicólogos em cuidados paliativos	17
3.10 Ética e Cuidados Paliativos: O Processo de Cuidar	18
4 SOBRE A MORTE	20
4.1 Paciente com dor	20
4.2 O luto	21
4.3 Perda do outro	21
4.4 O processo de luto	23
4.5 Intervenções no luto- algumas inovações	23
5 SOBRE A MORTE PREVISTA	25
5.1 Luto antecipatório	25
5.2 Intervenções luto antecipatório	25
5.3 Atuação com a família de pacientes terminais	25
6 MATERIAL E MÉTODOS	27
7 ANALISE E DISCUSSÃO	29
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
9 REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema deste trabalho foi a partir da leitura do livro -“ *a morte é um dia que vale a pena viver*” de Ana Claudia Quintana Arantes, médica especialista em geriatria, que tratou especificamente sobre o tema empatia como um modo de atuação com seus pacientes e seus familiares. O que mobilizou a pesquisa a partir desta leitura foi a história de um rapaz portador de câncer do qual a mãe prometeu que cuidaria até o fim da sua vida, porém a tarefa ficou muito complicada com o avanço da doença. Em uma noite, a médica Ana Claudia foi atender esse jovem que gritava de dor e percebeu que sua mãe não sabia mais o que fazer. A profissional que demonstrou empatia realizou todos os procedimentos e logo após o término do mesmo o paciente conseguiu adormecer, e pouco tempo depois veio a falecer sem dor e sofrimento. Conforme relata no livro, a mãe do paciente, mesmo com essa situação difícil, conseguiu encontrar um pouco de “paz”, vendo seu filho partir de uma forma mais confortável.

A partir do contato com essa história, o objetivo deste trabalho foi investigar a atuação do psicólogo com pacientes que necessitam de cuidados paliativos e compreender como amenizar o sofrimento de seus familiares e de pacientes em condição terminal.

Os cuidados paliativos começaram com Cicely Saunders, enfermeira, assistente social e médica, que dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano, escrevendo muitos artigos e livros que até hoje servem como guia para cuidados paliativos no mundo (DU BOULAY; RANKIN, 2007). Em 1967, ela fundou o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico.(CREMESP 2008).

No Brasil, nos últimos 10 anos, iniciativas do ministério da saúde incorporaram os cuidados paliativos como uma estratégia importante para a política de saúde e no ano de 1998 marcou o início dos centros de alta complexidade em oncologia, prevendo a necessidade de uma equipe qualificada em cuidados paliativos, tanto para internação hospitalar quanto para tratamento domiciliar (SILVA JÚNIOR; RESENDE, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos constituem uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças

ameaçadoras à vida, através de prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Quem é o paciente paliativo? O paciente paliativo é aquele que tem uma doença grave incurável e que está em progressão e ameaça a continuidade de sua vida; o paciente então, é submetido ao tratamento de cuidados paliativo (ANDRADE; COSTAS; LOPES, 2013).

Quem é a equipe que cuida do paciente paliativo? O trabalho com pacientes paliativos é baseado nos seguintes pilares: Os cuidados que incorporam todo o espectro de cuidados médicos, de enfermagem, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, considerado como uma boa prática médica, onde quer que o paciente esteja sob cuidados, qualquer que seja sua condição social, credo, cultura ou educação, está centrado no paciente, na família e no cuidador onde requer que eles estejam ativamente envolvidos em todos os aspectos do cuidado, incluindo o planejamento do cuidado e o estabelecimento de metas holísticas de cuidado. Pacientes, familiares e cuidadores são parceiros na tomada de decisão sobre a prestação de seus cuidados de saúde (SILVA JÚNIOR; RESENDE, 2017).

Este trabalho refere-se a uma morte prevista, isto é, um luto chamado antecipatório em que aqui as intervenções ocorrem antes da morte e assim o paciente e seus familiares podem enfrentar essa trajetória de finitude de uma forma bem mais leve e menos árdua, conseguindo fazer a elaboração do fim, sem que a morte tenha ocorrido, e o trabalho é realizado de uma forma que o paciente possa ver seus entes queridos, fazer coisas nunca feitas antes, fazer as pazes com alguém que tenha algum desentendimento, e incluem nesse trabalho todos os envolvidos: O paciente, a família, a equipe para a preparação do luto que é feita de forma gradual (CREMESP, 2008).

O papel do psicólogo, no cuidado paliativo, é proporcionar tanto ao paciente quanto aos seus cuidadores uma boa qualidade de vida, pois no segundo caso pode ocorrer uma grande dificuldade psíquica e emocional devido a tanta responsabilidade. Com isso, pode ser feito um acolhimento com uma escuta atenta e ajudar o cuidador a ter uma boa qualidade e aliviar toda essa tensão, assim eles irão oferecer melhor cuidado ao outro (RIBEIRO; SOUZA, 2010).

Para responder à questão desta pesquisa, foram elencados nos objetivos específicos, os estudos, a compreensão e a investigação desta temática para seguir

a sugestão apresentada por Botelho, Cunha e Macedo (2011), do qual uma revisão sistemática se fez necessário, obtendo informações que possam contribuir com os processos de tomada de decisão nas ciências da saúde, a partir da busca, e exposição das evidências por meio de uma metodologia clara e reproduzível por outros pesquisadores.

Para a análise dos dados, referenciado no capítulo sobre metodologia, foram utilizados os conteúdos como referência procedimental que consiste, segundo Bardin(2002), um conjunto de técnicas de análise das comunicações que proporcionaram indicadores por meio de procedimentos que foram sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, o que permitiu a inferência de conhecimentos relativos à questão desta pesquisa.

A partir da análise dos dados concluiu-se que entender em que momento este processo tem início o tratamento, como acontece o tratamento e quais as reações esperadas durante o tratamento, farão grande diferença quando o paciente apresentar sintomas ou reações que não sejam compatíveis com a perda sofrida, podendo ser amparado não somente pela família, mas também pelo sistema de saúde em tempo ágil, por conta disso, conclui-se que é crucial a presença de um psicólogo com a formação especializada em cuidados paliativos que atua conjuntamente com a equipe de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Apresentar a atuação do psicólogo com pacientes que necessitam de cuidados paliativos e compreender como amenizar o sofrimento de seus familiares e de pacientes em condição terminal.

2.2 Objetivos específicos

Para que se possa responder à pergunta desta pesquisa, enunciada no objetivo geral, considera-se investigar os seguintes pontos:

- 1) O que significa paciente paliativo;
- 2) Apresentar os pilares do tratamento com pacientes que necessitam de cuidados paliativos;
- 3) Compreender o sentido de uma morte que é prevista;
- 4) Conhecer as intervenções do psicólogo com pacientes terminais e que necessitam de cuidados paliativos;
- 5) O que é Luto antecipatório em cuidados paliativos, procurando pesquisas de Maria Helena Pereira Franco;
- 6) Apresentar os cuidados aplicados no Brasil com relação aos pacientes que necessitam de cuidados paliativos;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 História dos cuidados paliativos

Cicely Saunders nasceu em 22 de junho de 1918, na Inglaterra, e dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano. Graduou-se como enfermeira, depois como assistente social e como médica, escreveu muitos artigos e livros que até hoje servem de inspiração e guia para paliativistas no mundo todo (DU BOULAY; RANKIN, 2007).

Em 1967, ela fundou o St. Christopher's Hospice, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico. Até hoje, o St. Christopher's é reconhecido como um dos principais serviços no mundo em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa. (CREMESP, 2008).

O objetivo era mudar a visão do mundo sobre a morte e esse objetivo era compartilhado por todos que trabalhavam com ela. Existem muitas maneiras de se conseguir isso, Cicely Saunders tornou-se assim a fundadora do movimento paliativo moderno. Os pacientes incuráveis e moribundos receberam não apenas tratamento e cuidados médicos específicos na Basílica de São Cristóvão, mas também apoio emocional, espiritual e social (CAPELAS et al., 2014).

Desse modo, resumidamente, o intuito do Hospice era que cada paciente, assim como seus familiares, pudesse viver aqueles momentos, dia após dia, de forma confortável e plena, tanto quanto fosse possível, os ajudando a lidar não só com o stress causado pela doença, como também com a morte, a dor do paciente e ainda a dor da perda, por ambas as partes (DU BOULAY; RANKIN, 2007).

3.2 Entendendo sobre o cuidado paliativo

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados paliativos constituem uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras à vida, através de prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

A hospitalização em fim de vida é necessária quando é impossível para as famílias manterem, por tempo indeterminado, um doente em casa enquanto trabalham, principalmente quando a autonomia e a independência do paciente estão seriamente comprometidas, quando não conseguem suportar e assistir ao sofrimento de uma pessoa querida ou quando há necessidade de recursos especializados para manutenção da vida. A terapêutica paliativa se inicia quando a terapêutica curativa deixa de ser o objetivo, estando associada a uma intervenção interdisciplinar que não tem o objetivo de antecipar a morte nem de prolongar a vida, estando voltada para o controle dos sintomas (tais como dor, fadiga, dispneia) e preservação da qualidade de vida do paciente e da família, para que vivam tão ativamente quanto possível essa etapa da vida (KRUSE et al., 2007, p.49).

Os cuidados paliativos têm como premissas afirmar a vida e encarar a morte como processo normal, então os cuidados devem ser oferecidos durante a vida e podem durar anos, levando o paciente a um processo de ressignificação da vida (GOMES; OTHERO, 2016).

O ato de cuidar leva a percepção do outro, o lugar onde este está inserido e a reconstrução da vida, da saúde e da doença. Neste cuidar os profissionais devem estar preparados para lidar com as mais variadas situações do universo do paciente, seus anseios, desejos, suas dores físicas e psicológicas, sua subjetividade.

O olhar sensível, solidário e humano, desperta no doente um sentimento de confiança e solidariedade. Cuidar demonstra uma capacidade de perceber e compreender a si mesmo e o outro, sendo empático e responsável para com a vida humana.

Vai dizer que ter a preocupação com o ser humano e aliviar sua dor física e/ou emocional, deve ser um dever do médico, bem como da equipe cuidadora, assegurando ao paciente o desejo pela vida. A autora diz ainda que está é uma questão ética, pois todos os envolvidos nesse processo devem estabelecer um ambiente que o paciente necessita (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014, p. 29).

Perissinotti e Sardá Júnior (2019) dizem que não dá para separar o corpo da mente, e que os processos inconscientes, desprazeres estão ligados as dores físicas. Logo, para se tratar das dores físicas, tendo que ir para além delas, e entrar em contato com o desconhecido do paciente, o latente, o inconsciente, daí a suma importância do psicólogo no cuidar e lidar com a vida humana.

O Sistema Único de Saúde (SUS) baseado na Lei Orgânica da Saúde e em seus princípios:

Lançou diretrizes para a atenção em cuidados paliativos e controle da dor crônica. Tais diretrizes são justificadas entre outras razões pela ampla demanda por cuidados paliativos no Brasil, pelo aumento epidemiológico no País de doenças que levam à dor crônica e necessidade de cuidados paliativos, pela responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral aos doentes, pelo conforto e melhoria de qualidade de vida que os cuidados paliativos e controle da dor crônica são capazes de trazer aos pacientes e suas famílias, pela necessidade de estruturar serviços de saúde capazes de ofertar cuidados integrais e integrados que visando minimizar o sofrimento dos doentes e melhorar o acesso ao atendimento humanizado e resolutivo, pela necessidade de qualificar a gestão pública nessa área no País e aprimorar seus regulamentos técnicos (BARBI, 2011, p.17).

3.3 Cuidados paliativos

A maior certeza da humanidade dentre todas as suas descobertas, desde os primórdios, é que um dia a morte chega para todos, ela faz parte da nossa vida e a qualquer momento pode tornar-se real diante de alguém, seja por meio de um iminente acidente ou sendo o fator final de uma doença degenerativa, que se perdurou por anos ou até décadas. Quando o fator gerador é um acidente instantâneo, a pessoa falecida não passa pelo processo de dor e espera do fim, ela perde seus sentidos responsáveis por toda e qualquer emoção ao tempo de abrir e fechar os olhos; seus entes queridos, contudo, experimentam a descarga emocional e todo o rastro doloroso oriundo da partida abrupta (GONÇALVES; ARAÚJO, 2018).

3.4 Paciente paliativo

Paciente em fase terminal é aquele que não tem a possibilidade de cura da doença que o mesmo apresenta, após ser diagnosticado, pode apresentar vários sentimentos como: tristeza, depressão e raiva, porém mesmo com esse diagnóstico não quer dizer que acabou, muita coisa pode ser feita para que, ele e sua família enfrente esse processo de finitude (GUTIERREZ, 2001).

O paciente paliativo é aquele que tem uma doença grave incurável que está em progressão e ameaça a continuidade de sua vida o paciente então é submetido ao tratamento de cuidados paliativos (ANDRADE; COSTAS; LOPES, 2013).

3.5 Cuidados paliativos no Brasil

O país possui cerca de 16 unidades de cuidados paliativos localizadas em grandes hospitais universitários. O hospital do INCA no Rio de Janeiro especializado em cuidados paliativos desenvolveu serviços de internação domiciliar, que já se tornaram uma demanda real para os pacientes e seus familiares (TAVERNA; SOUZA, 2014).

O sistema de saúde no Brasil é constituído por um setor público denominado Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1989 e que atende cerca de 2/3 dos 180 milhões de habitantes que utilizam tanto o sistema público serviços de saúde e serviços privados, e um setor privado livremente selecionado, mantidos por planos privados de saúde e por instituições de seguro saúde, atendendo a cerca de 40 milhões de pessoas (SALAZAR, 2017).

A Atenção Básica compreende um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, para o diagnóstico, tratamento, reabilitação e recuperação de doenças. Atuando tanto no nível individual quanto no coletivo, a atenção básica tem papel preponderante na regulação do sistema de saúde, de acordo com as recentes diretrizes do Ministério da Saúde. É composto por: as Unidades Básicas de Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PCHA), esses programas visam proporcionar um intenso sistema de saúde da família em grande parte do território nacional. Ressalta-se, porém, que a estruturação da Atenção Básica se encontra em fase de implantação (SOUSA, 2020).

Nos últimos 10 anos, diversas iniciativas do Ministério da Saúde incorporaram os cuidados paliativos como uma estratégia importante para a política de saúde, algumas delas brevemente descritas a seguir. O ano de 1998 marcou o início dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia, prevendo a necessidade de uma equipe qualificada em cuidados paliativos, tanto para internação hospitalar quanto para tratamento domiciliar (SILVA JÚNIOR; RESENDE, 2017).

A iniciativa visa incluir os cuidados paliativos na atenção oncológica do SUS. O Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar foi instituído em 2001, tendo como objetivo, entre outras atribuições, a promoção da humanização na atenção à saúde dos usuários da rede pública hospitalar (PEREIRA; RIBEIRO, 2019).

No setor privado, são poucos os registros envolvendo cuidados paliativos, portanto, a implantação de uma rede consistente e organizada de cuidados

paliativos constitui uma tarefa desafiadora tanto para os gestores públicos quanto privados e, apesar de todas as iniciativas governamentais, a implantação dos cuidados paliativos no sistema de saúde brasileiro é lenta e desarticulada (MELO; VALERO; MENEZES, 2013).

3.6 Pilares do tratamento dos cuidados paliativos

Os pilares dos cuidados paliativos podem simplesmente ser considerados como os da boa prática clínica. Uma abordagem holística, incorporando todo o espectro de cuidados médicos, de enfermagem, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, é uma boa prática médica, qualquer que seja a doença do paciente, onde quer que o paciente esteja sob cuidados, qualquer que seja sua condição social, credo, cultura ou educação o cuidado centrado no paciente, na família e no cuidador requer que eles estejam ativamente envolvidos em todos os aspectos do cuidado, incluindo o planejamento do cuidado e o estabelecimento de metas holísticas de cuidado. Pacientes, familiares e cuidadores são parceiros na tomada de decisão sobre a prestação de seus cuidados de saúde (SILVA JÚNIOR; RESENDE, 2017).

O cuidado centrado no paciente, na família e no cuidador é uma pedra angular histórica do fim da vida e dos cuidados paliativos. Quando os pacientes, familiares e cuidadores são apoiados pelo sistema de saúde para participarem ativamente, a pesquisa mostrou que isso pode levar ao aumento da satisfação dos pacientes com os serviços de saúde, melhora da auto percepção dos pacientes, redução do estresse e aumento do empoderamento (VIEGAS et al., 2018).

O cuidado com base nas necessidades requer que os serviços estejam disponíveis com uma equipe qualificada para atender às necessidades dos pacientes, familiares e cuidadores. A avaliação regular das necessidades permite que os pacientes, familiares e cuidadores descrevam suas necessidades em mudança ao longo do tempo e ajuda os serviços a serem responsivos, coordenados e flexíveis para atender a essas necessidades em mudança, incluindo a reavaliação dos planos de cuidados e metas de cuidados (TAVERNA; SOUZA, 2014).

Prestar cuidados o mais próximo possível de casa significa que as pessoas têm acesso a serviços e apoios de alta qualidade necessários para satisfazer as suas necessidades, desejos e circunstâncias. A casa pode incluir uma unidade residencial para idosos ou a casa de um parente (SOUSA, 2020).

O atendimento é baseado em evidências, clínica e culturalmente seguro e eficaz, isso significa que: as pessoas recebem cuidados de saúde sem sofrer danos evitáveis; as pessoas recebem cuidados adequados baseados em evidências; existem parcerias eficazes entre consumidores e provedores e organizações de saúde em todos os níveis de provisão, planejamento e avaliação de saúde. Garantir a segurança clínica, cultural e psicológica significa que os pacientes, familiares e cuidadores não experimentam consequências negativas (SALAZAR, 2017).

Um sistema de saúde mais integrado é fácil de usar, navegar e acessar. É sensível às necessidades de saúde específicas das comunidades locais, proporcionando-lhes mais opções e maiores oportunidades de se envolverem ativamente com o sistema de saúde. Para prestadores de serviços e médicos, a integração dos cuidados os apoia a colaborar de forma mais eficaz na área da saúde e na assistência social (RODRIGUES; CAZETA; LIGEIRO, 2015).

3.7 Intervenções da equipe de multiprofissionais no cuidado paliativo

Os cuidados paliativos são prestados por uma equipe de multiprofissionais que com trabalho em equipe tem sido parte integrante da filosofia dos cuidados paliativos desde os seus primórdios, consagrado nas suas normas e inserido na sua prática. Os cuidados paliativos abrangem uma série de estruturas e abordagens diferentes para atender às necessidades da pessoa como um todo. Assim fala sobre as várias dimensões da morte pretendendo fornecer o máximo de conforto e apoio, estando engajados em um amplo esforço (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

De acordo com (CREMESP 2008) as equipes multiprofissionais são formadas por: médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, psicoterapeuta, psicanalista, psiquiatra, padre, pastor, rabino, guru, sacerdotes, do assistente social, voluntário.

Os profissionais que compõem a equipe são os que controlam os sintomas do corpo (médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), da mente (psicólogo, psicoterapeuta, psicanalista, psiquiatra), do espírito (padre, pastor, rabino, guru, sacerdotes das diferentes crenças religiosas professadas pelos pacientes), do social (assistente social, voluntário), (CREMESP 2008, pag. 55).

A prestação de atenção total ou integral a todos os aspectos do sofrimento do paciente requer uma equipe interdisciplinar. Os cuidados paliativos devem fornecer os melhores cuidados médicos, de enfermagem e de saúde associados disponíveis e adequados. Envolve a organização eficaz do trabalho dos membros da equipe Inter profissional, para fornecer o máximo de suporte e cuidado ao paciente e família (SOUSA, 2020).

3.8 Intervenção do psicólogo

Quando se fala de cuidados paliativos, não visa só o paciente, mas sim toda a equipe multiprofissional e também seus cuidadores que pode ser alguém da família, ou que tenha uma proximidade física ou afetiva com paciente (MESQUITA, 2012).

O papel do psicólogo é proporcionar tanto ao paciente quanto aos seus cuidadores uma boa qualidade de vida, pois no segundo caso pode ocorrer uma grande dificuldade psíquica e emocional devido a tanta responsabilidade (RIBEIRO; SOUZA ,2010). Com isso pode acolher com uma escuta atenta e ajudar o cuidador a ter uma boa qualidade e aliviar toda essa tensão, assim eles irão oferecer melhor cuidado ao outro.

O psicólogo pode ajudar o paciente a rever o que realmente é necessário abandonar de vez, o que pode ser adaptado e o que pode ser inserido como uma nova atividade. A dor pode ser uma oportunidade ou às vezes obrigação para mudar o dia-a-dia e planos para o futuro. Um profissional pode encontrar junto com o paciente a melhor forma dele não ficar em casa sem fazer nada e também de não ultrapassar os seus limites físicos e emocionais (MARTINHO; PILHA; SAPETA, 2015).

A melhor maneira do psicólogo agir nesse sentido é prestando atenção a tudo que o paciente comunique (verbal e não-verbal), solicitando esclarecimento ao paciente do que não conseguir entender, valorizando o que a pessoa que está morrendo tenta comunicar, mesmo que pareça sem sentido, conhecendo o melhor possível a história do paciente, tocando afetivamente a pessoa do paciente, evitando dar conselhos, sendo franco e sincero e mostrando que também não sabe algumas respostas. Afinal, o cuidado em lidar com a pessoa é produto de longa vivência, amplo e diversificado estudo e principalmente uma grande e profunda compreensão de si mesmo (RODRIGUES; CAZETA; LIGEIRO, 2015).

3.9 Formação de profissionais em cuidados paliativos

Um dos aspectos mais críticos e de fundamental importância diz respeito à qualificação dos recursos humanos em cuidados paliativos, levando à necessidade de criação de programas de educação continuada. Como são poucos os centros de cuidados paliativos no Brasil, um grande desafio é formar equipes qualificadas para lidar com os cuidados de fim da vida em locais distantes desses centros (GOMES; OTHERO, 2016).

Também deveria haver, como parte dessa estratégia de qualificação, uma mudança na visão acadêmica, com a urgência da implantação de uma disciplina de cuidados paliativos no currículo dos profissionais de saúde e, em particular, de estudantes de medicina (ALVES et al., 2015).

O Hospital das Clínicas (HC) preocupa-se em transmitir e disponibilizar treinamento em Cuidados Paliativos por meio da prática de educação continuada, in loco, à equipe que assiste o paciente e em aulas semanais realizadas no anfiteatro Berilo Langer, realizadas desde 2010. A partir desse ano, iniciou estágio de complementação especializada para médicos com duração de um ano, e carga horária de 20 horas semanais (GOMES; OTHERO, 2016).

3.9.1 Lugares de formação para psicólogos em cuidados paliativos

Existem lugares de formação de cuidados paliativos, voltados para psicólogos e foram encontradas instituições de formação, tais como o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o nome do curso é Psicologia em Cuidados Paliativos Oncológicos, tem como público alvo somente Psicólogos, o pré-requisito é Residência multiprofissional em oncologia ou em psicologia hospitalar, com carga horária de 2080 horas, sendo realizado 40 horas semanais, de abril a março (INCA, 2021).

No INCA existe também o curso de assistência de Psicologia em Cuidados Paliativos voltados para Psicólogos, por meio de aula presencial, tem como pré-requisito residência multiprofissional em oncologia ou em psicologia hospitalar, com carga horária de 1920 horas (INCA, 2021).

Outro curso sobre cuidados paliativos, voltados para psicólogos e na Universidade de São Paulo (USP), o nome do curso é abordagem psicológica à família e/ou cuidadores informais em cuidados paliativos, através de aulas

expositivas dialogadas com a utilização de recursos didáticos e discussão de artigos científicos, livros e filmes relacionados aos temas abordados na disciplina, realizado na terça-feira das 7:00 as 13:00, o curso total tem 72 horas, ou as sextas feiras das 7:00 as 19:00 ou das 8:00 as 14:00, com 80 horas (USP, 2021).

No Hospital de Apoio de Brasília (Escola Superior em Ciências da Saúde-ESCS) tem Residência para cuidados paliativos para psicólogos, contendo 13 vagas, mas sem mais informações (ANCP, 2021).

Em Recife no Instituto de Medicina Integral ProfFernando Figueira IMIP, tem o curso de residências cuidados paliativos, tem como pré-requisitos do candidato: graduação concluída nas áreas de atuação, possui 10 vagas. Também em Recife no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) – Universidade de Pernambuco – UPE, tem o curso de residências cuidados paliativos, com 10 vagas (ANCP, 2021).

3.10 Ética e Cuidados Paliativos: O Processo de Cuidar

O processo de decisão sobre as opções de conduta aos pacientes terminais requer conhecimento, portanto, dos princípios éticos, naturalmente esses princípios não tem relação simples nem hierárquica, porém, frequentemente, existem tensões na sua aplicação. Talvez a tensão mais frequente seja entre o princípio da autonomia e o da beneficência. Há circunstâncias em que se atribui o primado ao da beneficência, colocando em primeiro lugar a saúde e a vida, como acontece no internamento compulsivo de doentes mentais (PAIVA; ALMEIDA JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014).

Com isso, como atravessam uma trajetória de sobrevivência, os portadores de doenças incuráveis e crônico-degenerativas ou os doentes terminais podem ter uma penosa vivencia na trajetória pela doença caso ocorra uma falência de qualquer dos sistemas de apoio (desde a família aos profissionais). Do ponto de vista da concepção dos cuidados paliativos, o dever de quem cuida é então buscar agir de modo a respeitar a autonomia desse doente. O que significa que esse é um limite muito relevante (RADE, COSTA; LOPES, 2013).

O paliativismo é pensar que a vida e morte são sagradas e devem ser direcionadas pela própria natureza, que sabe qual o momento de cessar a vida, que tecnologia e avanços na saúde e medicina, devam ajudar os indivíduos nesse processo de vida, sem influenciar a práticas como a eutanásia (prática pela qual se

abrevia a vida de um enfermo incurável de modo controlado e assistido por um especialista (MESQUITA, 2012).

4 SOBRE A MORTE

4.1 Paciente com dor

Quando algo incomoda o ser humano, o mesmo tenta-se livrar daquilo de qualquer forma para não sentir mais o incômodo. Com a dor crônica não é diferente, a vontade de tirá-la também aparece, o problema é que muitas vezes não é possível removê-la. Muitos pacientes vão de médico em médico na esperança de ouvir que serão curados, que a dor que eles sentem vai sumir com um remédio ou uma cirurgia, mas na maioria das vezes isso não acontece (PERISSINOTTI; SARDÁ JÚNIOR, 2019).

O paciente com dor pode ter dificuldade na interpretação da realidade e acabar confundindo a realidade objetiva da subjetiva, resultando numa realidade psíquica, no qual o diagnóstico psicológico apoia-se no passado (memória), construção do presente (atenção) e põe uma direção (tomada de decisões/escolhas) para o futuro. Tudo isso determinará se o paciente é capaz de entender porque está ali, que todos querem o seu bem, que irão ajudá-lo e que ele não está sozinho e nem perdeu sua vida ou coisa parecida, e a equipe iniciará o acompanhamento do paciente de acordo com suas necessidades, proporcionando conforto físico e segurança emocional a ele e a família dele (PEREIRA; RIBEIRO, 2019).

Outro ponto que deve ser observado é a questão da aplicação/prescrição de medicamentos, pois pode-se haver práticas equivocadas. O uso de medicamentos deve ser aplicado no paciente antes que o mesmo volte a apresentar dores, e não somente quando a dor aparecer. Oscilações nas doses medicamentosas pode gerar no paciente ansiedade e insegurança sobre sua melhora (PEREIRA; RIBEIRO, 2019).

Pensar no adoecer é também pensar em todas as questões ligadas no tratar da dor e dos doentes, portanto é necessário que haja profissionais e técnicas para lidar com a pessoa doente e não somente com a doença da pessoa (PORTNOI, 2014).

A dor no corpo, se inscreve no inconsciente e que está sempre ligada a um afeto, as sensações e percepções do mundo. Por tanto é imprescindível em cuidados paliativos conhecer as histórias de vida dos pacientes, seus anseios, o

lugar onde ele está inserido, bem como seus processos conscientes e inconscientes (ALVES et al., 2015).

4.2 O luto

O luto é um processo emocional que se inicia pela perda ou ausência de uma pessoa ou ente querido ocasionando tristeza. O luto normal, segundo Silva (2018) é entendido como aquele que não apresenta maiores complicações, com sintomas já esperados. Geralmente se apresenta com um estado de choque acompanhado de um profundo sentimento de tristeza e atordoamento com curta duração e algumas manifestações de desespero.

A pessoa também pode apresentar alguns sintomas físicos como dores, fraqueza, insônia, diminuição do apetite e falta de concentração. Todas essas manifestações são normais no luto, desde que não se prolongue por muito tempo e não gerem outros indícios que prejudiquem ou causem danos fisiológicos (CAMPOS, 2013).

Salazar (2017) afirma que não tendo outras complicações o luto deve ser superado em torno de seis semanas. Independentemente do tempo que levará, o pesar que passar bem pelo processo de superação tem como principal característica a conscientização da realidade da perda, onde o enlutado começa a apresentar disponibilidade para atividades que geram investimentos em sua vida, mantendo vivos os sentimentos em relação ao falecido mesmo sem sua presença, entendendo que o mesmo sempre se fará presente dentro de si.

4.3 Perda do outro

Desde o momento em que se nasce, se está exposto às perdas de tal modo que chega um momento onde finalmente descobre-se que o perder é uma das condições permanentes da vida humana (SOUZA; PONTES, 2016). Tal conhecimento leva a angustia da falta e da necessidade de se ter o outro, àquele que se fazia presente e não mais pode ser visto, desta forma tudo ao redor é capaz de evocar sentimentos de pesar por momentos que nunca mais terão novamente.

A dor de uma perda é tão impossivelmente dolorosa, tão idêntico ao pânico, que têm que ser inventadas modos para se defender contra a investida emocional do sofrimento. Existe um medo de que se uma pessoa alguma vez se entregar totalmente à dor, ela será devastada como que por um maremoto, para nunca mais emergir para estados emocionais comuns outra vez (MESQUITA, 2012, p. 22).

Durante o processo de luto, o enlutado passa por um momento de procura pelo falecido como forma de compreender o que foi perdido e meditar com as dolorosas lembranças da perda, para isso ele precisa não evitar pensar ou falar sobre o assunto em busca de conseguir elaborar um novo sentido para a própria vida, como visto nas descrições das fases do luto (TAVERNA; SOUZA, 2014).

A primeira fase acontece imediatamente com o choque da notícia da morte e quase que de forma automática a pessoa costuma duvidar que seja verdadeira a perda, acontecendo neste instante à negação da morte. Muitas vezes neste momento o enlutado repete frases dizendo que não acredita ou mesmo perguntando várias vezes se todos têm certeza que a morte realmente ocorreu (SOUZA; PONTES, 2016).

Acontece juntamente com a negação certo entorpecimento, uma defesa contra a realidade da perda, onde a pessoa costuma parecer estar anestesiada emocionalmente. Neste momento, o enlutado está passando por uma intensa dor psíquica, que se caracteriza como o traço mais peculiar ao luto e que durante esses episódios de dor aguda, que costumam ter seu pico por volta do 14º dia, o enlutado costuma sentir a boca seca, hiperatividade com inquietação e sentimentos de pânico. Tais sintomas são manifestações de estresse do seu sistema nervoso autônomo (PORTNOI, 2014).

A segunda fase colocada como a fase de anseio ou procura, pois normalmente o enlutado anseia com todas as suas forças o retorno da pessoa falecida, mesmo sabendo que é vã a busca. Em muitos casos quando a morte é recente, fazem diversas visitas ao cemitério onde se encontra o túmulo do falecido como forma de aliviar o sofrimento procurando estar próximo. Em função do seu estado emocional é comum o enlutado apresentar muita dificuldade de concentrar-se a outros assuntos que não sejam em relação à perda. O choro constante e intenso do enlutado torna-se compreensível, e pode apresentar momentos de irritabilidade sob forma de comportamentos hostis, como protesto contra a separação (SILVA, 2018).

Na terceira fase o enlutado se vê frente a diversas mudanças que a morte trouxe, e começa a apresentar desorganização e desespero diante das muitas atividades que deverá realizar sem a ajuda que havia antes. Neste momento a pessoa muitas vezes se encontra sem o preparo necessário para assumir responsabilidades que até então eram apenas desempenhadas pelo falecido e tende a ter muitas dificuldades para se organizar e acaba entrando em uma profunda tristeza e desespero (PERISSINOTTI; SARDÁ JÚNIOR, 2019).

Na quarta fase é onde ocorre adaptação à perda, pois quando o indivíduo atinge a quarta fase normalmente já está conseguindo adaptar-se sem a presença do ser amado e gradualmente conseguindo desempenhar atividades que eram realizadas pelo falecido. Nesta etapa pode-se visualizar um processo de reconstrução da própria identidade, assumindo novos papéis e muitas vezes as pessoas se surpreendem com o que são capazes de fazer (SOUZA; PONTES, 2016).

É preciso compreender que as fases do luto são identificadas segundo estudos que buscam compreender peculiaridades existentes no comportamento da maioria das pessoas diante do processo de luto (PEREIRA; RIBEIRO, 2019). No entanto nem todos tendem a passar por todos estes estágios, ou mesmo demonstrar características associadas a eles, pois esse é um processo particular de cada indivíduo.

4.4 O processo de luto

O espaço de tempo compreendido entre o momento em que ocorre a perda e quando o enlutado consegue atingir novamente a estabilidade física e emocional que foram abaladas pela morte, conseguindo assim reorganizar sua vida é qualificado como luto, ou seja, o período durante o qual se sente a dor da perda este processo se manifesta na vida do ser humano quando passa por uma perda significativa, onde a ausência do objeto ou ser amado gera uma angústia que se caracteriza com momentos de inconstância emocional (TAVERNA; SOUZA, 2014).

4.5 Intervenções no luto- algumas inovações

A sociedade moderna buscou alicerçar-se sobre fortes conceitos de vida, ignorando a possibilidade da morte, negando-a sistematicamente e desde então se criou uma relação funesta com o luto. Essa forma ilusória de lidar com a perda faz com que o processo natural, vivido pela humanidade desde seus primórdios se transforme em uma experiência profundamente dolorosa e quase insuportável. (SANTANA, 2011).

No Brasil, pode-se citar o trabalho da Unicamp que tem um grupo que estuda e atende os enlutados do covid-19:

O objetivo é oferecer uma escuta acolhedora, buscando identificar e, quando possível, minimizar o sofrimento psíquico relacionado ao processo de adoecimento e internação hospitalar no contexto da pandemia. De março até o início de agosto de 2020, foram internados 418 pacientes com Covid-19 no HC Unicamp, dos quais 78 morreram (MONALTI, 2020, p.1).

Para ajudar a amenizar o sofrimento diante da morte de entes queridos e no processo de luto, vem sendo estruturado cada vez mais um trabalho com foco na perda sofrida. A Terapia do Luto é um trabalho ainda novo no Brasil, mas que já vem sendo utilizada em grande escala na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde tem como base o esforço interdisciplinar, onde psicólogos, terapeutas e psiquiatras utilizam-se de seus conhecimentos com a finalidade de ajudar na recuperação de pessoas que estejam vivendo em sofrimento devido a experiência da perda de entes queridos (SANTANA, 2011).

5 SOBRE A MORTE PREVISTA

5.1 Luto antecipatório

O luto antecipatório é aquele que se começa antes da morte propriamente dita, possibilitando assimilar pouco a pouco o fato da perda ao longo do tempo ou aquele que ocorre antes da perda real segundo Neco (2019, p. 12) no âmbito dos cuidados paliativos, o luto antecipatório é:

Caracterizado pela construção do significado da perda partindo do processo de adoecimento, considerando a família como um sistema de relações mútua no que diz respeito ao apoio e reorganização da vida como forma de progressão à perda iminente de um ente querido.

O processo de luto antecipatório no cuidado paliativo faz com que o paciente e seus familiares possam passar por esse processo com mais facilidade, fazendo a elaboração do luto de uma morte que ainda não aconteceu, mas é eminente (FRACO; BRAZ, 2017).

5.2 Intervenções luto antecipatório

Aqui as intervenções ocorrem antes da morte, assim o paciente e seus familiares podem enfrentar essa trajetória de finitude de uma forma bem mais leve e menos árdua, conseguindo fazer a elaboração do fim, sem que a morte tenha ocorrido. Aqui podemos trabalhar de forma que o paciente possa ver seus entes queridos, fazer coisas nunca feitas antes, fazer as pazes com quem tem algum desentendimento, fazendo esse trabalho com todos envolvidos, paciente, família e equipe a preparação do luto é feita de forma gradual (CREMESP 2008).

Para quem uma boa morte? Está pergunta permeia a ação cuidados paliativos nos três segmentos envolvidos; paciente, família e equipe. A ideia generalizada é que a boa morte é aquela na qual as pessoas envolvidas têm algum controle sobre os acontecimentos e tende a ser enaltecida pela sociedade (FRANCO; POLIDO, 2014, p. 29).

5.3 Atuação com a família de pacientes terminais

Quando o ser humano fica doente, ele não fica doente sozinho, a família toda fica doente junto com ele. Para o paciente que recebe o diagnóstico de uma enfermidade em fase terminal é de extrema importância o suporte oferecido a família do enfermo para manter o clima mais tranquilo no lar e conseqüentemente gerar maior bem-estar ao paciente (MENDES; LUTOSA; ANDRADE, 2009).

Se não se levar em conta a família do paciente em fase terminal, não se pode ajudá-los eficazmente. No processo da doença, os familiares desempenham papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente (MENDES; LUTOSA; ANDRADE, 2009, p. 112).

Com isso, cabe ao psicólogo dar todo apoio tanto a família quanto ao paciente, pois não significa que o paciente irá morrer amanhã, e também a vida da família precisa continuar filhos vão à escola, esposa ou marido tem que suprir a parte de quem está doente, assim a família vai se adaptando com a perda futura do seu ente querido (MENDES; LUTOSA; ANDRADE, 2009).

6 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa buscou estudar e compreender a atuação do psicólogo com pacientes que necessitam de cuidados paliativos e compreender como amenizar o sofrimento de seus familiares e de pacientes em condição terminal. A pesquisa buscou responder as seguintes questões: O que significa paciente paliativo; Apresentar os pilares do tratamento com pacientes que necessitam de cuidados paliativos; Compreender o sentido de uma morte que é prevista; Conhecer as intervenções do psicólogo com pacientes terminais e que necessitam de cuidados paliativos; Apresentar um panorama histórico desta atuação; O que é Luto antecipatório em cuidados paliativos, procurando pesquisas de Maria Helena Pereira Franco; Apresentar alguns estudos sobre o conceito de luto para diferenciar do luto antecipatório; Identificar quais as instituições que formam profissionais que atendem esse público; Apresentar os cuidados aplicados no Brasil com relação aos pacientes que necessitam de cuidados paliativos; Identificar pesquisas de atuação com as famílias de pacientes terminais. Pacientes terminais.

Para responder à questão desta pesquisa foram elencados nos objetivos específicos os estudos e a compreensão desta temática para seguir a sugestão apresentada por Botelho, Cunha e Macedo (2011), do qual uma revisão sistemática se faz necessário para obter informações que possam contribuir com processos de tomada de decisão nas ciências da Saúde, a partir da busca, e exposição das evidências por meio de uma metodologia clara e reproduzível por outros pesquisadores.

Para a realização do estudo, foram utilizados como base para a coleta dos dados a *Scielo*, pois a mesma é bem-conceituada e passa por um critério de seleção minimamente rigoroso a busca pelos materiais utilizará os seguintes termos de busca, com as seguintes palavras chaves: cuidados paliativos, psicólogo, morte, luto.

As definições dos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa refere-se aos sujeitos deste estudo que são pacientes terminais e paliativos, isto é, nesta pesquisa não inclui outros pacientes. Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos disponíveis na base de dados *Scielo*, em idioma português, sem restrições de acessibilidade. Como critério de exclusão optou-se por não utilizar artigos que

não estivessem disponíveis na íntegra, artigos restritos, incompletos, repetidos e os que não abrangessem o tema proposto.

Para a análise dos dados, será utilizada a análise contendo como referência procedimental. Esse tipo de procedimento de análise consiste em:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que tende a proporcionar indicadores (quantitativos ou não) por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2002, p. 32).

De maneira que, após a coleta dos dados nos repositórios, os dados foram organizados em categorias analíticas e, a partir delas, foram apresentados os resultados de pesquisa de acordo com o que cada texto, ou autor, expõe sobre a categoria em específico.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para a análise dos dados, foram utilizados os conteúdos da revisão de literatura como referência procedimental que consiste, segundo (BARDIN, 2002), um conjunto de técnicas de análise das comunicações que tende a proporcionar indicadores por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, permitindo a inferência de conhecimentos relativos à questão desta pesquisa. De maneira que, após a coleta dos dados nos repositórios, os dados foram organizados em categorias analíticas e, a partir delas, foram apresentados os resultados de pesquisa de acordo com o que cada texto, ou autor, expos sobre a categoria em específico.

Os cuidados paliativos têm como premissas afirmar a vida e encarar a morte como processo normal. Então os cuidados devem ser oferecidos durante a vida e podem durar anos, levando o paciente a um processo de ressignificação da vida (GOMES; OTHERO, 2016).

Os Cuidados Paliativos é uma abordagem que lida com o sofrimento de modo humano e integrado, com equipes multidisciplinares para proporcionar o maior conforto possível a todos os envolvidos no adoecer (Pacientes, familiares e profissionais de saúde), (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014; FARIA et al., 2018).

O Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) se utiliza de princípios no que tange o controle de sintomas, dentre eles destacam-se: avaliar antes de tratar; explicar as causas dos sintomas; não esperar que um doente se queixe; adotar estratégias terapêuticas mistas, farmacológicas e não farmacológicas; monitorar os sintomas; reavaliar regularmente as medidas terapêuticas; cuidar dos detalhes; estar disponível (VIEGAS et al., 2018).

Com isso, dentre as questões éticas ligadas ao fim da vida, levanta-se a da “distanásia”, como um prolongamento exagerado da existência, por vezes com recurso a meios extraordinários ou desproporcionados de tratamento” (SALAZAR, 2017, p.47). E a medicalização da morte é fácil, caracterizando-se pela relação impessoal com o doente, estudos diagnósticos excessivos e agressivos, as terapêuticas de alta tecnologia ineficazes, ahospitalização desnecessária e a morte institucional (SOUSA, 2020).

Com relação a esse tema, a ética surge quando alguém se preocupa com a consequência de sua conduta sobre o outro, para que exista ética, é necessário perceber o outro; e se para a assistência humanizada também é preciso ver o outro, conclui-se então que a assistência humanizada e a ética caminham juntas (ABREU; FORTES, 2014).

O paliativismo pensa que a vida e morte são sagradas e devem ser direcionadas pela própria natureza, que sabe qual o momento de cessara vida, que a tecnologia e os avanços na saúde e medicina, devam ajudar os indivíduos nesse processo de vida, sem influenciar a práticas como a eutanásia, uma prática pela qual se abrevia a vida de um enfermo incurável de modo controlado e assistido por um especialista (MESQUITA, 2012).

A dor no corpo, se inscreve no inconsciente e que está sempre ligada a um afeto, as sensações e percepções do mundo. Por tanto é imprescindível em cuidados paliativos conhecer as histórias de vida dos pacientes, seus anseios, o lugar onde ele está inserido, bem como seus processos conscientes e inconscientes (ALVES et al., 2015).

Quando o ser humano fica doente, ele não fica doente sozinho a família toda fica doente junto com ele, o paciente que recebe um diagnóstico de uma enfermidade em fase terminal, segundo os autores Mendes, Lutosa e Andrade (2009) consideram que é de extrema importância o suporte oferecido a família do enfermo para manter o clima mais tranquilo no lar e conseqüentemente gerar maior bem-estar ao paciente.

Ao longo dos anos, o modo de conviver e lidar com a morte, com o morrer de familiares e com o de pacientes terminais, pode até ter mudado, ficando mais mecânico, desumano e solitário, porém, é inegável que a tristeza ainda está presente. Isso leva a muitos a pensar que, na verdade, a morte talvez não devesse existir. Talvez por isso, é que em momento como esses o ser humano torna-se cúmplice do silêncio, por um lado para se proteger e por outro, para proteger a quem ama da morte e do seu saber (MESQUITA, 2012).

A vivência em sociedade é uma característica natural ao ser humano. Quando mais de um indivíduo partilham de interesses em comum, e somam forças para alcançar este objetivo, tem-se então a sociedade. Tais sociedades apresentam aspectos característicos, uma espécie de identidade que diferencia as sociedades umas das outras, tais aspectos formam a chamada cultura (SANTANA, 2011).

Costumes, ideologias, localização geográfica, religiões, gastronomia, modo como se relaciona com outras culturas, princípios morais, leis, são todos aspectos que podem determinar uma cultura. Diferentes regiões, diferentes climas, diferentes possibilidades de se relacionar com o meio, só isso basta para que duas sociedades que se desenvolvem simultaneamente em pontos distintos do globo, desenvolvam culturas diferentes. As culturas definem desde as verdades, as crenças, a personalidade, até a relação estabelecida entre um e outro indivíduo (ALVES et al., 2015).

Quando se nasce, não se tem o livre arbítrio nem mesmo as condições de escolher em qual contexto, em qual cultura se quer desenvolver. Sendo assim a família, vem a ser uma forte representante cultural da sociedade a qual se estão inseridos, afinal, ela é quem irá nos proporcionar o primeiro contato com o mundo (SOUSA, 2020).

Cada sociedade partilha de uma cultura, um contexto moldado ao longo do tempo de acordo com a época e os interesses, esse relativismo atua como uma forma de manutenção social, renovando interesses, dando uma nova roupagem a interesses antigos, descartando ideologias que de nada mais servem, criando e implantando ideologias novas (CAMPOS, 2013).

Quando se escuta a palavra morte geralmente o que a mente recorda são aspectos considerados tristes, negativos e desgastantes, pois, querendo ou não, a morte de uma pessoa querida faz com que estado emocional seja afetado. Mesmo em situações que se tem conhecimento sobre o sofrimento que a doença estava causando a pessoa, a tendência ainda assim é encarar a morte por uma perspectiva negativa. Uma das hipóteses de isso ocorrer é que o "ser humano não consegue aceitar a morte por ela ainda ser, de certo modo, muito assustadora" (MESQUITA 2012, p.47).

E quando a pessoa vivencia a morte de um ente querido é imprescindível que mesmo diante do processo doloroso da dor, consiga conviver com o sentimento pelo perdido, mas que também seja capaz de estabelecer novos relacionamentos tão intensos quanto outrora vivenciado. É nesta coexistência onde o novo e o antigo são capazes de vivenciar o mesmo indivíduo sem que um faça mal ao outro, em que o paciente começa a emergir para dar continuidade a sua vida (PORTNOI, 2014).

As manifestações ao processo de luto se determinam mediante diversas situações que circundam a morte, como a doença, idade, tipo de intimidade e

relacionamento existente entre muitos outros que farão diferença durante o processo de superação da perda (SILVA, 2018).

Na psicologia do luto é mostrado ao paciente que estas manifestações são normais e saudáveis, e é preciso aprender com estes momentos, entendendo que é uma resposta natural à morte, levando-o a ser tolerante com seus limites físicos e emocionais, pois cuidar-se não significa sentir pena de si mesmo, mas que está utilizando suas habilidades de sobrevivência (RODRIGUEA; CAZETA; LIGEIRO, 2015).

Neste trabalho, identificamos que o ramo terapêutico que estuda a terapia do luto é a psicologia da morte, onde são investigados os fatores sócio psicológicos que estão interligados ao luto e aos esforços de superar as perdas mais profundas. Têm sua meta direcionada não apenas aqueles que enfrentam o sofrimento da morte, mas também aos que passaram por enfermidades que os aproximaram desta realidade (ALVES et al., 2019).

O processo de acompanhamento psicológico auxilia com o enfrentamento e a resolução da dor, que segundo Faria et al. (2017), irá atuar juntamente com o paciente a importância de vivenciar cada sentimento, mesmo que estes lhe tragam dor. Desta forma o profissional da equipe de saúde, inclusive o psicólogo, o levará a se permitir diante da dor, abrindo caminho para que todo o sofrimento e pesar possam ser manifestos, pois se trata de uma dor que não pode ser abafada, mas elaborada e entendida para que a vida não se limite apenas neste momento.

Nas investigações deste trabalho, falamos sobre a perda ou ausência de uma pessoa ou ente querido, no entanto, quando falamos sobre os cuidados paliativos a morte apresenta-se sob outra perspectiva, pronunciada pela autora como uma morte prevista. E tal processo se chama luto antecipatório que é aquele que se começa antes da morte propriamente dita, possibilitando assimilar pouco a pouco o fato da perda ao longo do tempo ou aquele que ocorre antes da perda real, no âmbito dos cuidados paliativos. Isto é, caracterizado pela construção do significado da perda partindo do processo adoecimento, considerando a família como um sistema de relações mútua no que diz respeito ao apoio e reorganização da vida como forma de progressão à perda iminente de um ente querido (NECO, 2019).

Luto antecipatório no cuidado paliativo faz com que o paciente e seus familiares possam passar por esse processo com mais facilidade, fazendo a

elaboração do luto de uma morte que ainda não aconteceu, mas é eminente (FRACO; BRAZ, 2017).

Quando um membro da família é diagnosticado com uma doença terminal é fundamental o suporte que a família irá receber, visto que a vida continua, escola dos filhos, esposa ou marido tem que trabalhar para pagar as contas, e também fica mais tranquilo o paciente ao ver sua família bem amparada (MENDES; LUTOSA; ANDRADE, 2009).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como enfoque principal o psicólogo e os cuidados paliativos: como amenizar dor e sofrimento do paciente e seus familiares. Diante da exploração teórica, verificou-se como o enlutado vivencia a ocorrência da perda por morte das pessoas que lhe eram queridas, de que forma o processo de luto se apresenta, trazendo a possibilidade de compreender quais reações são ditas como normais perante uma situação de perda. Com isso, ficou claro que o enlutado ao passar por esse processo sendo acompanhado pelo psicólogo, não pode se livrar da dor, mas torna-se mais fácil superá-la.

A pesquisa buscou conhecer de que forma a psicologia tem atuado frente ao processo de luto, em que situações existem a necessidade de realizar um acompanhamento psicológico, visando encontrar respostas que possam minimizar a dor e o sofrimento.

Vale ressaltar a importância nesse momento de finitude que não só o paciente mas também a família tenha um acompanhamento com médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, psicoterapeuta, psicanalista, psiquiatra, assistente social e até mesmo assistente espiritual de caráter ecumênico ou da religião da crença da família e paciente, visto que com esse suporte oferecido pela equipe multidisciplinar fazendo o acompanhamento com a família fica menos complicado para o paciente e família passar por esse processo.

O problema é que a maioria das unidades hospitalares no país não possui uma diretriz sobre como cuidar de pacientes com um quadro terminal pois quando o paciente chega em um estágio que a medicina não tem mais o que fazer, esse paciente e seus familiares ficam sem suporte tornando mais doloroso e difícil a

situação que estão enfrentando, torna-se fundamental focar no fortalecimento das ações de cuidado paliativo dentro dos sistemas de saúde público e privado.

Por conta disso, pode se dizer que instituições que oferece cursos na área da saúde acrescentasse em sua grade curricular uma matéria sobre cuidados paliativos, já que no Brasil tem pouco estudos que envolve essa área sendo difícil encontrar profissionais para o atuar.

Conclui-se que é crucial a presença de um psicólogo que trabalhe com a equipe de saúde para ofertar ao paciente um ambiente de cuidados e qualidade para amenizar o sofrimento, inclusive da família. Para o cuidado com o paciente que é dependente de cuidados específicos e que encontra-se num quadro de dor aguda, observando não evoluir para uma crônica, que por sua vez, não evolua para casos mais graves como a depressão.

9 REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Residências cuidados paliativos brasil.** Disponível em: <<https://paliativo.org.br/educacao/residencias-cuidados-paliativos-brasil>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

ANDRADE, C.; COSTA, S.; LOPES, M. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Campus I, Universidade Federal da Paraíba**, 2013.

ABREU, C.; FORTES, P. Questões éticas quanto às preferências do paciente em cuidados paliativos. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 299-308, 2014.

ALVES, R.; ANDRADADE, S.; MELO, M.; CAVALCANTE, K. ANGELIM, R. Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, pp. 165-176, 2015.

ALVES, R.; CUNHA, E.; SANTOS, G.; MELO, M. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. 2019. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. 1, p. 1-15. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/NSScM87z94MQRGL8RPtBGzJ/?lang=pt&format=html#>>. Acesso em 18 ago. 2021.

BARBI, M. **A inserção dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2011, 37 f. Trabalho de conclusão de curso - 4 Estações Instituto de Psicologia. São Paulo, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: 2002.

BOTELHO, L.; CUNHA, C.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136. maio-ago. 2011.

CAMPOS, E. Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 12, n. 1, pág. 13-24, 2013.

CAPELAS, M.; SILVA, S.; ALVARENGA, M.; COELHO, S. Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: visão nacional e internacional. **Cuidados paliativos**, v. 1, n.2, p. 7-13, 2014.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). **Cuidados Paliativos**. São Paulo, 2008.

DU BOULAY, S.; RANKIN, M. **Cicely Saunders, o fundador do movimento Hospice Moderno, edição atualizada**. Londres: SPCK, 2007.

FARIA, A.; APARECIDO, A.; CRUZ, G.; KHATER, E. Cuidando de quem cuida – o papel do psicólogo com cuidadores de pacientes paliativos. **Revista Saúde em foco**, v.9, p. 25-36, 2018.

FRANCO, P.; BRAZ, S. Profissionais paliativista e suas contribuições na prevenção de luto complicado. **Psicologia ciência e profissão**, 2017.

FRANCO, P.; POLIDO, K. Atendimento psicoterapêutico no luto. **Zagodoni**, 2014

GOMES, A.; OTHERO, M. Cuidados paliativos. **Estud. Av.**, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.

GONÇALVES, J. E.; ARAÚJO, V. S. O psicólogo e o morrer: como integrar a psicologia na equipe de cuidados paliativos numa perspectiva fenomenológica existencial. **Gestão e Desenvolvimento**, v.1, n. 26, p. 209-222, 2018. Disponível em:

<<https://revistas.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/663>> Acesso em 16 set. 2021.

GUTIERREZ, P. O que é o paciente terminal? **Rev. Assoc. Med. Brasil**, v. 47, n. 2, p. 85-109, 2001.

INCA. **Psicologia em Cuidados Paliativos Oncológicos**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/cursos/psicologia-em-cuidados-paliativos-oncologicos>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

KRUSE, M.; VIEIRA, W.; AMBROSINI, F.; SILVA, F. Cuidados paliativos: uma experiência. **Rev HCPA**, v.27, n.2, p.49-52, 2007.

MARTINHO, A.R.; PILHA, L.; SAPETA, P. **Competências do psicólogo em cuidados paliativos**. IPCB: ESALD, 2015.

MELO, A.; VALERO, F.; MENEZES, M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 14, n.3, p. 452-469, 2013.

MESQUITA, A. **O psicólogo em cuidados paliativos: intervenção em fim de vida**. 2012, 101 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2012.

MONALTI, E. **Luto e morte em tempos de Covid-19**. Disponível em: <<https://www.fcm.unicamp.br/covid/populacao/luto-e-morte-em-tempos-de-covid-19>>. Acesso em 08 out. 2021.

NECO, E. **Luto antecipatório em cuidados paliativos: enfrentamento do familiar cuidador do paciente na fase final de vida**. 2019, 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2019.

PAIVA, F.; ALMEIDA JÚNIOR, J.; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**. 22, n.3, p. 550-560, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/tC4PZX6PP4nWSMLGp3k5S7G/?lang=pt>> Acesso em 09 jul.2021.

PEREIRA, C.; RIBEIRO, J. Cuidados paliativos: Reflexões sobre a Psicologia e os cuidados paliativos para pacientes e familiares. **Rev. Mosaico**, v. 10, n. 2, p. 111-115, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.21727/rm.v10i2Sup.1826>> .Acesso em: 16 ago.2021.

PAIVA, F.; ALMEIDA JÚNIOR, J.; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**. 22, n.3, p. 550-560, 2014.

PEREIRA, C.; RIBEIRO, J. Cuidados paliativos: Reflexões sobre a Psicologia e os cuidados paliativos para pacientes e familiares. **Rev. Mosaico**, v. 10, n. 2, p. 111-115, 2019.

PERISSINOTTI, D.; SARDÁ JÚNIOR, J. **Psicologia e dor: o que você deve saber**. São Paulo: Editora dos Editores, 2019.

PORTNOI, A. **A Psicologia da Dor**. São Paulo: Roca, 2014.

REZENDE, L.; GOMES, C.; MACHADO, M. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n.1, p. 28-36, 2014.

RIBEIRO, A.; SOUZA, C. O cuidador familiar de doentes com câncer. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.17, n.1, p. 22-27, 2010.

RODRIGUES, L.; CAZETA, F.; LIGEIRO, F. Autonomia do Paciente em cuidados paliativos e a intervenção do psicólogo: um olhar bioético. **CuidArte enfermagem, Catanduva**, v. 9, n. 2, p. 131-141, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1027920>> Acesso em: 17 set. 2021.

SALAZAR, H. **Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos**. Portugal: Pactor, 2017.

SANTANA, A. Terapia do Luto. **Infoescola**. São Paulo. Fev. 2011. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/psicologia/luto/>>. Acesso em: 18 set. 2021.

SILVA JÚNIOR, V.; RESENDE, M. Psicologia e cuidados paliativos: implantação do serviço na uti de um hospital escola. **Perspectivas em Psicologia**, v. 21, n. 1, 26 jun. 2017. Disponível em:

<<http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/38927>.>
Acesso em: 10 set.2021.

SOUSA, J. **Cuidados paliativos e psicologia: a atuação do psicólogo em cuidados paliativos**. 2020. 35f. Tese (Mestrado) – Centro Universitário Fаметro, Fortaleza, 2020.

SOUZA, A.; PONTES, S. As diversas faces da perda: o luto para a psicanálise. **Analytica**, v.5, n.9, p. 69-85, 2016.

SILVA, C. Luto: uma descrição sobre os processos de elaboração do enlutado. **Revista FAROL**, v. 6, n. 6, p. 61-77, 2018. Disponível em:
<<http://revistafarol.com.br/index.php/farol/article/view/112>> . Acesso em: 15 set. 2021.

TAVERNA, G.; SOUZA, W. O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento. **Caderno Teológico da PUCPR**, v. 2, n. 1, p. 38-55, 2014. disponível em:
<<https://authorzilla.com/2ezmV/o-luto-e-suas-realidades-humanas-diante-da-perda-e-do-pucpr.html>>. Acesso em: 17set. 2021.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). **Abordagem psicológica à família e/ou cuidadores informais em cuidados paliativos**. Disponível em:
<https://uspdigital.usp.br/apolo/apoObterAtividade?cod_oferecimentoatv=68932>.
Acesso em: 23 nov. 2021.

VIEGAS, M.; MARINHO, V.; SANTOS, M.; SILVA, J. Cuidados paliativos: competências e intervenções do psicólogo. **Revista Amazônia Science &Health**, v.6, n. 4, p.30-36, 2018.