

## CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS<sup>1</sup>

Kátia Helena de Oliveira Dias Guimarães<sup>2</sup>

Hila Martins Campos Faria<sup>3</sup>

### RESUMO:

O presente artigo objetiva compreender as contribuições da psicologia no processo de finitude do paciente em cuidado paliativo. O referido termo é aplicado no contexto do adoecimento de pacientes em fase terminal, no qual, não existem possibilidades de cura. A metodologia para levantamento bibliográfico é de caráter narrativo e exploratório, na perspectiva de fornecer recursos que contribuam para aprimorar as práticas do psicólogo como integrante de uma equipe multiprofissional, facilitando as vias de comunicação entre os diversos saberes. Os resultados apontam para uma proposta integrativa dos cuidados, que visam a construção de vínculos, um espaço para elaboração das angústias frente ao fim da vida e a assistência a família nas comunicações de más notícias. A participação do psicólogo é fundamental para que a equipe, o paciente e a família mantenham-se em equilíbrio, e, se adaptem diante da realidade. A partir dos resultados encontrados podemos evidenciar que o trabalho desenvolvido nos cuidados paliativos é devolver ao paciente a consciência do valor humano, promovendo autonomia e dignidade no processo de morrer.

Palavras-chave: Psicologia. Cuidados Paliativos. Humanização.

## PSYCHOLOGY'S CONTRIBUTION TO PALLIATIVE CARE

### ABSTRACT:

This article aims to comprehend psychology's contribution to the finitude process of a patient in palliative care. The referred term is used in the context of sickening patients in a terminal stage where the possibilities of cure are none. The methodology used in the bibliographic survey is a narrative and exploratory one that works to provide resources that bestow the betterment of the psychologist's practices as a member of a multi-professional team, facilitating the means of communication between a variety of knowledge. The results point towards an integrative proposal of care that aims at building bonds, a safe space to acknowledge the pain in front of an ending life, and assisting the family when communicating unpleasant news. The psychologist's role is fundamental for the team, patient, and family to stay in a good balance and adapt to

---

<sup>1</sup> Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na linha de pesquisa Psicologia e Saúde. Recebido em 22 de maio de 2022, e aprovado após reformulações em 22 de junho de 2022.

<sup>2</sup> Discente do curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (Uniacademia). E-mail: Katiahelenajf@gmail.com

<sup>3</sup> Docente do curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (Uniacademia). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Psicóloga Hospitalar. E-mail: hilafaria@uniacademia.edu.br

the reality. From the results found we can show that the work developed within palliative care is to restore to the patient the understanding of the human value, promoting autonomy and dignity throughout the passing away process.

Keywords: Psychology. Palliative care. Humanization.

## 1 INTRODUÇÃO

O termo, cuidados paliativos é aplicado no contexto do adoecimento de pacientes com doença que ameaça a vida, ou em fase terminal, no qual, não existem possibilidades de cura. Contudo, há ações multiprofissionais que visam proporcionar condições para o bem-estar do paciente e dos familiares que o assistem. Diante desse cenário a equipe é convocada. Os autores Prade, Casellato e Silva (2008), declaram sobre a importância de ajudar os pacientes a desenvolverem capacidades para conviver com as complicações e incertezas diante suas condições crônicas e irreversíveis, proporcionando conforto, e auxiliando no manejo dos sintomas e desconfortos que apresentam de acordo com quadro clínico.

Segundo o Manual de Cuidados Paliativos (2020), o modelo assistencial de cuidados paliativos é voltado para promover qualidade de vida, para todos os envolvidos no processo de doenças ameaçadoras da vida, que envolve o paciente, a família e a equipe, através da observação, avaliação e controle precoce dos sinais e sintomas desagradáveis nos contextos físicos, psicológicos, sociais ou espirituais.

Cabe ressaltar que quando o paciente está em cuidados paliativos, existe uma filosofia de cuidado, chamado *hospice*, que não necessariamente significa um lugar físico. Arantes (2020), define como uma nova forma de se pensar os cuidados assistenciais oferecidos diante do quadro terminal, tendo como regra retirar todos os incômodos físicos possíveis como, sondas, desatando as contenções, oferecendo ao paciente um tratamento humanizado e com todo conforto possível àquele momento.

E como manter a dignidade em um momento onde opera a sensação angustiante de que o fim está próximo? É nesta hora que a psicologia atua capacitando e devolvendo a consciência do próprio valor humano. De acordo com a definição de Porto e Lustosa (2010), é importante o apoio quando o paciente passa por essa experiência, no qual, os incômodos não são somente físicos, mas também psicológicos, apresentados diante de sua finitude.

Nos cuidados paliativos, cuidar, tem um amplo sentido de abreviar o sofrimento, dar suporte, escutar, acolher, amparar, dentre outros. É papel de toda equipe estar atenta as demandas que cada paciente necessita. Segundo os autores Porto e Lustosa (2010), no espaço de tempo entre a vida que o paciente tem e a ameaça constante da morte, transita o cuidado, a ajuda que o homem precisa para morrer com dignidade, assim como foram os cuidados para nascer.

Tendo em seu cerne a concepção de boa morte, Arantes (2020), traz uma definição do *Institute of Medicini*, sendo a boa morte, aquela que o paciente é liberto do seu sofrimento e de uma sobrecarga que pode ser aliviada. Essa libertação do sofrer abrange também todos que estão envolvidos, como os familiares e cuidadores, no qual, tudo é concretizado de acordo com os desejos dos pacientes e familiares, seguidos das normas éticas, clínicas e regras que abrangem todo contexto biopsicossocial dos cuidados paliativos. Esse conceito corresponde a uma morte com altivez, no qual o respeito a vida e ao paciente prevalece.

Atualmente, percebe-se uma preocupação de vários campos de saberes com o processo de humanizar a morte. As assistências voltadas para o paciente terminal abarcam múltiplas formas de prover alívio. Assim, a vida vale a pena mesmo diante da morte. Segundo Porto e Lustosa (2010), nos cuidados paliativos há uma preocupação em reaver o humanismo das práticas de respeito, empatia e amor, baseadas no contato, no olhar, no afeto direcionados ao paciente, em que nota-se faltoso diante das modernas ações terapêuticas, medicamentosas, tecnológicas e curativas, porém não tocam o ser humano em sua multiplicidade de sentimentos, emoções e sensações.

O profissional psicólogo, quando inserido em uma equipe multiprofissional, voltada para assistência ao paciente paliativo, contribui com a condução do processo de morrer, auxiliando o paciente a vivenciar sua morte com dignidade, ressignificando a vida e sua história, conferindo-lhes autonomia para gerir suas decisões. De acordo com Kovács (2014), o objetivo dos programas de cuidados paliativos é promover autonomia para o paciente decidir sobre sua vida e as direções do tratamento, possibilitando dignidade para morrer.

O psicólogo em uma abordagem psicanalítica, trabalha com o paciente de forma a despertar recursos internos, de ordem subjetiva em cada sujeito, em um processo diligente, na busca de recursos para se fortalecer. Arantes (2016) elucida

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 213-238, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483**

que a escuta em um espaço analítico, promove ao paciente um suporte ativo, em que o próprio paciente decide o que fazer diante examinar sua singularidade e as expressar em palavras

Este artigo tem como objetivo geral compreender as contribuições da psicologia no processo de finitude do paciente no cuidado paliativo. Nos objetivos específicos, buscou-se conceituar cuidados paliativos e sua abrangência no contexto do adoecimento; analisar as possibilidades de intervenção na assistência dos cuidados em pacientes terminais; compreender como o paciente ressignifica a vida em sua finitude; e identificar ações na equipe multidisciplinar para que o paciente tenha autonomia e consciência da própria morte.

Espera-se que o estudo, forneça recursos que contribuam para aprimorar as práticas do psicólogo como integrante de uma equipe multiprofissional, facilitando as vias de comunicação entre os diversos saberes. Desse modo, espera-se que a assistência nos cuidados paliativos seja uma relação harmônica e equilibrada, produzindo qualidade de vida ao paciente, com respeito e dignidade no processo de morrer.

Elaborou-se o estudo no decorrer do segundo semestre de 2021 e primeiro semestre de 2022, por meio de levantamento bibliográfico, no qual priorizou-se publicações de artigos em bases nacionais, acadêmicas e científicas além de livros direcionados ao tema proposto. O estudo realizado é de caráter bibliográfico, narrativo e exploratório, para fundamentar os elementos textuais. O método favorece liberdade para eleger os materiais necessários na construção da análise teórica e científica sobre o tema, agregando conhecimento com o que já se produziu relativo a pesquisa. Utilizou-se publicações que se aproximassem ao máximo do tema proposto, com datas de publicação a partir de 2001, porém, foi incluído uma publicação referente ao ano de 1996, da autora Elisabeth Kubler-Ross, pela importância do estudo e contribuição sobre o tema. Como critério de exclusão, descartou-se temas duplicados, ano de revisão anterior a 2001, e publicações que se afastam do tema. Refinou-se a busca aos autores que demonstraram a atuação dos profissionais que atuam nos cuidados do paciente paliativo.

## **2. O CONCEITO DE BOA MORTE NA CONTEMPORANEIDADE**

Os princípios assistenciais que norteiam cuidados paliativos em direção a uma boa morte, são voltados a melhorar as condições de vida do paciente, que se encontra fora das possibilidades de cura. As autoras Menezes e Barbosa (2013), explicam que a assistência em cuidados paliativos é centrada em uma abordagem multidisciplinar, que abrange o contexto bio-psico-sócio-espiritual, com foco na experiência subjetiva do paciente.

Os princípios em cuidados paliativos é valorizar a qualidade de vida. Segundo Porto e Lustosa (2010), a filosofia nos cuidados paliativos é considerar as demandas não resolvidas, para proporcionar a dignidade da vida, antes da morte, através de ações que garantam a integridade física e psíquica do paciente e seus familiares.

A partir de um olhar profissional pode-se então falar o que seria uma boa morte, ou morte bela, com dignidade e conforto. “[...] Retoma-se o conceito de boa morte, sem dor, com respeito aos desejos do paciente, estabelecendo canais de comunicação com a família e profissionais de saúde” (KOVÁCS, 2014, p. 102).

Nesse contexto é fundamental a atenção direta que o paciente paliativo requer de toda equipe multidisciplinar. De acordo com Arantes (2020), é importante uma escuta atenta aos seus desejos, que preserve e garanta a integridade, conferindo-lhe alívio, controle da dor e do seu sintoma, para que se possa vislumbrar a beleza de nossa existência.

O recurso de enfrentamento para que se tenha uma boa morte, descrito por Kubler-Ross (1996), estão relacionados aos estágios que o paciente vivencia ao longo de sua doença. São cinco fases do morrer abordadas pela autora - negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Tais estágios podem se misturar e serem simultâneos, entretanto o sentimento de esperança perpassa por todos eles.

De acordo com Kubler-Ross (1996), o primeiro estágio é de negação e isolamento, quando recebem a notícia de forma abrupta ou inesperada acerca do seu diagnóstico. A tendência é não aceitar a doença, recorrendo a uma segunda opinião, imaginando que o exame pode ter sido trocado, pedindo mais exames, mais detalhes, atribuindo outras interpretações. Conseqüentemente essa negação inicial leva o paciente a se isolar socialmente.

O segundo estágio definido pela autora é o de raiva. Passado a defesa temporária de negação, há uma aceitação parcial, e o paciente tende a questionar o motivo da doença, com sentimento de raiva, revolta e ressentimento contra Deus e as

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 213-238, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483**

peessoas. A família e a equipe que o assiste tem dificuldades de lidar com esse estágio, uma vez que essa agressividade é projetada para todas as direções. Na maioria das vezes esse o comportamento hostil do paciente é projetado na equipe de enfermagem, sendo estes alvos constantes por estarem mais tempo com o paciente nos cuidados.

O terceiro estágio é o de barganha, sendo útil ao paciente, mas que dura pouco tempo. Há um desejo de estabelecer acordos, seja com a Religião, com Deus, com a família, com realizações de tarefas que antes não realizavam, com médico através de promessas materiais.

Contudo quando o paciente não consegue mais negar ou esconder sua condição de doença, essa realidade é percebida com muita tristeza, então, a raiva e a revolta dão lugar a depressão. Um momento vivenciado com muita intensidade, sendo definido como o quarto estágio.

O quinto estágio definido pela autora é a aceitação, que acontece quando o paciente elabora todo processo e consegue compreender sua doença e tudo que vem repercutindo em sua vida. Existe um desgaste físico, cansando-se de todos os procedimentos e tratamentos, porém, no decorrer dos atendimentos essa compreensão traz uma tranquilidade psicológica, que não exclui a esperança, mas compreende-se as possibilidades, resignificando a dor e preparando-se para a morte.

Quando o paciente então se permite dar um novo significado a sua vida, existe um recurso, no qual, o paciente fala sobre seus pensamentos, valores e objetivos, quanto aos cuidados que deseja receber. São as chamadas diretivas antecipatórias de vontade. De acordo com Manual de Cuidados Paliativos (2020), são instruções escritas, focadas sempre na relação emocional do paciente e seus familiares, promovendo o vínculo entre ambos e afirmando que existe forma segura de registrar as vontades do paciente, quando este não puder mais responder por si. E que podem haver alterações em novo registro, caso se faça necessário.

Há uma filosofia dentro dos cuidados paliativos, cujo termo utilizado é *hospice*. Para esse termo não foi encontrado semelhança na língua portuguesa, sendo definido por Arantes (2020) como casa paliativa, um lugar que não necessita ser dentro de uma unidade hospitalar, com a mesma aparência real de uma casa. É neste lugar que os pacientes paliativos recebem cuidados intensivos de acordo com suas

necessidades. O termo não significa necessariamente um lugar físico, mas a forma como se dá os cuidados.

O movimento *hospice* se diferencia do modelo biomédico e está centrado também na assistência domiciliar. Ele foi inserido no sistema de saúde tradicional com a finalidade de acolher e aliviar o sofrimento. “[...] Este movimento surge, formalmente, ao fim da década de 60 do século XX, com a construção, na Inglaterra, do *St. Christopher’s Hospice*, em 1967” (DOYLE; JEFREY, 2000 apud FLORIANI, 2013, p. 398).

Em reflexão, os autores Alves, Cunha, Santos e Melo (2019), citam Rubem Alves, em um recorte de suas crônicas, direcionadas a Folha de São Paulo. Nesta crônica, Rubem Alves fala sobre o cuidado com aqueles que estão morrendo, da importância de estar próximo daqueles que amamos, pois o medo da morte e o sofrimento é compartilhado com todos. Todas as medidas possíveis que honrem a dignidade do paciente, trazendo conforto, alívio e melhora na qualidade de vida, é nomeada por ele de ‘Morrienterapia’, que proporciona respeito nos momentos finais da existência do ser humano. Ele representa de forma análoga uma ilustração, a ‘Pietà’ de Michelangelo, com o Cristo morto nos seus braços. Assim demonstra que o medo da morte perde forças quando se está com quem se ama.

Em um determinado momento, as condições humanas se esgotam, o paciente então compreende que não há sentido em prolongar a existência. Segundo Py (2007), na finitude, quando o paciente já não mais vê esperança, ele desiste, não respondendo mais aos tratamentos. Nesse momento ele está posto entre a inconsistência de um corpo biológico doente, e a preservação de um sujeito do desejo. Entendemos assim que quando o viver já não mais se sustenta, a morte é desejada. A autora traz ainda que mesmo com os desconfortos sentidos no corpo, a pessoa precisa se sentir completa, segura e confortável. No momento final é importante acolher, escutar e acompanhar.

### **3. DESEJOS E DEMANDAS NO FIM DA VIDA: UMA VISÃO INTEGRATIVA DA PSICOLOGIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Reinventar a vida em um cenário de sofrimento e fragilidade, com dignidade e coragem, na grandeza de quem compreendeu o seu sentido, é a essência dos cuidados paliativos.

Ao falar da morte, o paciente cria condições para que suscite os sentimentos que lhes são intrínsecos, uma dor causada por uma condição inerente ao sujeito. É diante desta dor que o paciente carece de atenção, de uma escuta especializada, voltada aos cuidados que, conforte e suavize esse processo. Ele precisa se expressar para dar sentido e significado a vida. “[...] Estudos mostram que os pacientes querem falar. Falar sobre a morte deles, sobre como vai ser. Querem que respeitem o que falam. Mas ninguém quer escutar” (ARANTES, 2020, p. 31). Nesse contexto, o profissional que atua em cuidados paliativos é capacitado para oferecer uma escuta especializada, com a finalidade de contribuir para promoção do bem estar e qualidade de vida.

O atendimento domiciliar é uma modalidade dentro dos cuidados paliativos, no qual, os profissionais favorecem as comunicações com o paciente e a família, afim de promover um espaço para elaboração das demandas, “[...] respeitar o desejo do paciente terminal de ser atendido e de morrer no seu domicílio, assim como o desejo da família, pois nesse contexto, a comunicação da equipe de CP com o paciente e família torna-se facilitada” (MELO; VALERO; MENEZES, 2013, p. 460). Ainda de acordo com os autores as intervenções possibilitam que o paciente tenha pensamentos que consolam, facilitando a elaboração de assuntos pendentes.

Os rituais de despedida é um processo importante para elaboração e comunicação das necessidades do paciente. Lisboa e Crepaldi (2003), orientam sobre a importância de intervir antes e depois da morte, auxiliando na reconciliação e pedido de perdão até mesmo de parentes ausentes, despedidas de outras pessoas como amigos, recomendações finais, últimas vontades, agradecimentos, elaboração de questões pendentes, a espiritualidade e como se despedem dentro da religião. Para além as autoras relatam que o paciente fala da necessidade em saber sobre o bem estar dos que ficam. Nesse contexto, a família sente-se mais confortável após o ritual, havendo uma menor intensidade das sensações de culpa ou impotência, e o prazer de participar desse momento significativo da vida.

A religião ou a espiritualidade tem um papel importante na vida do ser humano, em busca de sentido. Em cuidados paliativos, há também, o papel do cuidador

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 213-238, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483**



espiritual (CE), que atende as demandas espirituais do paciente. De acordo com Esperandio e Leget (2020), em caso de doenças que ameaçam a continuidade da vida, o cuidador espiritual trabalha a espiritualidade como estratégia de enfrentamento junto ao paciente e familiares, na busca de propósito e esperança, devolvendo a dimensão espiritual, de maneira a transcender na busca de sentido ao que figura não ter sentido ou esperança.

As intervenções do cuidador espiritual, traz conforto e aplaca as angústias nos momentos finais de despedida, para que tanto paciente quanto a família sintam-se unidos e consolados, “[...] é fundamental compreender, respeitar e considerar as crenças e rituais religiosos como um meio dos familiares se despedirem e aliviarem seu sofrimento” (LISBÔA; CREPALDI, 2003, p. 101).

A assistência espiritual é uma forma de acolher as angústias do paciente paliativo. De acordo com Esperandio e Leget (2020), os cuidadores espirituais, através das práticas ritualística, promovem conforto e paz. A presença do cuidador espiritual produz funcionalidade relacionado ao bem estar e esclarecimento sobre o que faz sentido na vida do paciente. Os autores supracitados, mostram, através de dezoito estudos brasileiros, pesquisados entre os anos de 2013 a 2018, reconhecem as necessidades espirituais do ser humano, para dar um sentido pleno ao propósito existencial e pessoal para o fim da vida.

Planejar os cuidados junto ao paciente paliativo garante a ele autonomia, melhor aceitação e entendimento sobre sua doença. O Manual de Cuidados Paliativos (2020) aborda que o planejamento é construído através de decisão compartilhada com a equipe, o paciente e a família. Assegura assim que todos estão compreendendo o processo de adoecimento do paciente, compreendendo todo processo biopsicossocial, sua história pregressa de vida, seus desejos e valores. Quando o paciente não pode responder por si, a pessoa responsável pelo paciente poderá responder por ele, segundo a vontade do paciente, caso já tenha manifestado, e tomar as decisões cabíveis. Cabe a equipe multidisciplinar estar sempre repassando as informações sobre o diagnóstico, opções de tratamentos, benefícios e riscos que por ventura podem acontecer.

Devolver a dignidade ao paciente paliativo significa dar a ele o direito de manifestar seus desejos e vontades. A isso dá-se o nome de diretivas antecipatórias de vontade. O Manual de cuidados paliativos (2020) elucida que são instruções

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 213-238, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483**

registradas de acordo com a vontade expressada e manifestada pelo paciente, com idade de 18 anos ou mais, com sua capacidade cognitiva preservada no momento de verbalizar sobre quais decisões relacionadas ao tratamento médico devem ser tomadas, quando estiver incapacitado de responder por si.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (2012), na Resolução nº 1.995/2012 que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade, prevalecem os desejos e vontades manifestados pelo paciente sobre a forma que deseja receber a atenção oferecida e os tratamentos médicos disponibilizados, quando estiver incapacitado de se manifestar. O paciente pode eleger alguém para assumir a responsabilidade de responder por ele. Esse documento, de acordo com a resolução, deve ser registrado no prontuário médico, e, suas informações levadas em consideração no momento oportuno.

Assim ao elaborar as diretivas antecipatórias de vontade, a equipe auxilia o paciente a deixar clara suas vontades, de modo a não existir dúvidas, e quando o paciente não puder mais responder por si, utiliza-se o documento como norteador para realizar os desejos expressos pelo paciente, respaldando a equipe e dando suporte nas decisões a serem tomadas. “[...] As diretivas são usadas quando o médico verifica que o paciente não possui mais capacidade de decidir sobre seu plano de cuidados devido ao seu estado clínico” (MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020, p. 94).

É nesse contexto que a psicologia aliada a outros saberes científicos se integra, aproximando-se dos profissionais da saúde, com objetivo de criar vínculos e um espaço para elaboração de suas angústias frente as dores do outro. Prestar assistência a família, sendo facilitador das relações e comunicações de más notícias, devolver ao paciente paliativo a consciência do valor humano, compreendendo-o em suas dimensões subjetivas, promovendo autonomia e dignidade no processo de morrer.

Quando não há mais possibilidades terapêuticas para manter a vida, a morte soa como algo temível, é preciso manter a dignidade quando a percepção de finitude se intensifica. A consciência traz nesse momento o âmago da existência humana do que antes era apenas o prelúdio, agora torna-se de fato uma sentença ameaçadora, e, não há como disfarçar o sofrimento, medo, angústias, dentre outros sentimentos que suscitam diante do processo terminal. O profissional deve ter em si a compaixão e empatia, que eleve ao outro o sentimento de amparo e auxílio, de que este não está

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 213-238, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483**

sozinho. “[...] Para cuidar é preciso se deixar tocar, abrir as antenas da sensibilidade para captar os sinais emitidos por aqueles sob seus cuidados” (KOVÁCS, 2014, p. 102).

Para que o paciente elabore seu processo de morte, juntamente com seus familiares e toda equipe, cabe ao psicólogo ser o mediador da comunicação entre as partes envolvidas, “[...] facilitando a construção de espaços para escutar a todos, escutando o não dito, as metáforas, a linguagem simbólica, tudo aquilo que está nas entrelinhas do que está sendo verbalizado” (ALVES; CUNHA; SANTOS; MELO, 2019, p. 10). Os mesmos autores afirmam que o papel do psicólogo é acolher as demandas trazidas pelo paciente, compreendendo as questões subjetivas do doente e de todos que estão envolvidos no processo, com objetivo de humanizar e acolher tudo que lhe é devido, articulando com toda equipe uma forma de garantir que a saúde psíquica de todos seja resguardada.

Em cuidados paliativos, o trabalho do psicólogo também abrange o cuidado com os profissionais, através de ações voltadas para saúde do trabalhador. “[...] as atividades ligadas ao trabalho, dependendo das circunstâncias, são suscetíveis de provocar tensões e, conseqüentemente, produzir sofrimento que, em determinado grau e sem o devido suporte, podem levar ao adoecimento” (LUGARINHO; ROSÁRIO 2020, p. 37).

De acordo com Py (2007), por mais que os profissionais se empenham em acompanhar o paciente, observar e avaliar, durante o processo de sua finitude, há que se entender que esta é uma experiência única de cada ser humano. Nesse sentido, a autora fala que os estudos são persistentes e investigativos, são hipóteses, suposições, que tem por finalidade favorecer a compreensão e aproximar mais os profissionais que atuam neste cenário.

#### **4. O TEMPO COMO ALIADO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

O psicólogo exerce um papel importante na terapêutica com paciente paliativo, oferecendo um espaço de expressão de sentimentos, na busca de uma vida com sentido. O tempo é precioso para o paciente em cuidados paliativos. É preciso atuar com solidariedade e urgência. Assim, o paciente assimila com objetividade e consegue decidir várias questões, como o perdão, a visita de alguém que ama, algo

que deseja comer, rever situações, dentre outras. “[...] A morte é um laboratório incrível onde funciona um ‘acelerador nuclear de enfrentamento’. Você conversa com o paciente pela manhã e à tarde ele tomou todas as providências para a compreensão daquilo tudo” (ARANTES, 2016, p. 48).

A borboleta é o símbolo dos cuidados paliativos. Simboliza a alma, esperança, liberdade e intensidade. Em um estudo investigativo, Costa e Soares (2015) apontam que no campo simbólico, há um significado atribuído ao processo da lagarta se transformar em borboleta, denominado metamorfose. A vida do sujeito seria então a lagarta, até que em determinado momento algo acontece, no qual ela fica envolta por um longo período em seu casulo, a lagarta agora é denominada crisálida, simbolizando a morte, a doença, o luto. A ressurreição simboliza a transformação, é o momento em que está concluído o processo e a borboleta alcança assim a plenitude.

O tempo é precioso para o ser humano em um leito a beira da morte. Nesse momento o psicólogo auxilia o paciente, em seu processo, a ressignificar a vida, devolvendo-lhe esperança. “[...] A percepção do morrer traz a consciência de que nada do que temos ficará conosco. Nosso tempo não voltará, pois não é possível economizar tempo, poupar tempo” (ARANTES, 2016, p. 47). Nesse sentido, percebe-se que não é o tempo, mas sim o desejo de se transformar.

De acordo com Nunes, Faria, Nogueira, Vieira (2017), há uma mudança na percepção do paciente, na maneira de encarar a realidade, quando lhe é oferecido um espaço de elaboração e acolhimento. Neste espaço, ele toma consciência de si, ampliando sua visão. É notório que há uma mudança no comportamento, agregando novos significados a sua história. Isso se deve a aliança terapêutica e um diálogo sincero e desprendido de julgamentos.

A assistência em cuidados paliativos devolve a dignidade ao ser humano, garantindo qualidade de vida, autonomia e independência ao morrer. “[...] os cuidados paliativos valorizam a qualidade de vida do paciente e, por isso, têm como princípio fundamental o cuidado integral e o respeito a autonomia do paciente em relação ao processo de morrer” (PORTO; LUSTOSA, 2010, p. 85).

É preciso considerar urgência do tempo aos que demandam cuidados ao fim da vida. Arantes (2016), fala que diante da morte, o ser humano tem a capacidade de maior entendimento e tomada de decisões, há um maior aproveitamento do espaço de tempo. O paciente toma então consciência de sua finitude e passa a viver com

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 213-238, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483**

dignidade, usando o tempo como aliado para viver o processo com determinação, livre de qualquer julgamento e altivez.

Para que o paciente elabore seu processo de morte, juntamente com seus familiares e toda equipe, cabe ao psicólogo ser o mediador da comunicação entre ambas as partes envolvidas. Os autores Alves, Santos, Cunha, Melo (2019), apontam a necessidade de um espaço para escutar as demandas que o paciente traz e não consegue falar, ficam nas entrelinhas, uma linguagem simbólica, cabendo ao psicólogo acolher e buscar sentido. Compreendendo as questões subjetivas do doente e de todos que estão envolvidos no processo, com objetivo de humanizar e acolher tudo que lhe é devido, articulando com a equipe uma forma de garantir que a saúde psíquica de todos seja resguardada.

## **5. HUMANIZAÇÃO E AÇÕES MULTIDISCIPLINARES EM CUIDADOS PALIATIVOS**

A Psicologia Hospitalar oferece suporte ao paciente em cuidados paliativos, no qual, seus feitos produzem em sua totalidade uma eficácia no tratamento e ameniza o sofrimento daqueles que necessitam controlar sua dor, tornando humano o morrer.

De acordo com Porto e Lustosa (2010), as autoras trazem a concepção de um resgate do humanismo nos cuidados paliativos, colocando que há muitas tecnologias na atualidade, ou seja, cada vez mais busca-se aprimorar as ações de saúde, porém, estas se mostram irrelevantes em seu significado, visto que não há amor, afeto, empatia e calor humano. São pessoas operando máquinas, administrando medicações em bombas, regulando aparelhos, esquecendo de olhar o principal, quem está ali por detrás de tudo isso, o paciente. Lidar com a morte do outro suscita a própria morte.

Ainda há muito o que se aprender sobre a morte, a dor, o sofrimento e a empatia. O paciente gravemente enfermo é estereotipado, por nomenclaturas que mencionam seu fim, como terminal ou irreversível. Entretanto não se trata de um diagnóstico, mas de um ser humano. “[...] O olhar ao paciente, como sujeito de uma vida e história e não como prisioneiro de uma doença, talvez seja o componente mais importante das práticas de saúde” (PORTO; LUSTOSA, 2010, p. 79).

Em cuidados paliativos a espiritualidade do paciente entendida como parte da abordagem, pautadas na crença e valores de cada indivíduo. O Manual de Cuidados

Paliativos (2020), aborda que a assistência espiritual é de fundamental importância para compreender as necessidades espirituais do paciente, as angústias que a religião pode causar e os recursos de enfrentamento que influenciam nas decisões do paciente no processo de adoecimento.

Ainda de acordo com o Manual, a abordagem pode ser feita pela equipe, capelão ou sacerdote. Quando a demanda do paciente é mais difícil, como perdão, angústia existencial, não conseguir se conectar com Deus, o capelão ou sacerdote é o mais indicado para ajudar nessas questões, amenizando e auxiliando-o a encontrar respostas para suas dores, medos e angústias.

A equipe multidisciplinar possibilita ao paciente, suportar aquilo que é de seu agravo. Nem sempre é fácil a comunicação de notícias difíceis, por isso o ideal é que todos estejam envolvidos. Os autores Gomes e Hothero (2016), dizem que é necessário que a comunicação com o paciente seja sempre aberta e ativa, que as informações sejam verdadeiras e suportáveis, que se apresente de forma segura para que se estabeleça um nível de confiança e estabeleça um vínculo com o paciente e familiares.

De acordo com Manual de Cuidados Paliativos (2020), a comunicação é usada como ferramenta para que o paciente e a família tenham conhecimento do quadro clínico e compreendam as informações que serão passadas. Dessa forma o Manual orienta que é necessário que o profissional se identifique, comunique com clareza, de forma compreensível as informações a serem passadas. Que seja uma comunicação empática, progressiva e atenta, para que o paciente e a família se sintam seguros. É de muita relevância a observação da comunicação não verbal, para visualizar se de fato todos estão processando as informações, dando uma pausa logo após comunicar a má notícia.

Segundo Arantes (2020), é de suma importância que o paciente seja protagonista de sua vida, que a melhor opção seja sempre trazer a verdade, para que ele possa decidir sobre seu tratamento, sobre quem responderá por ele, em um momento de impossibilidade do mesmo. Desta forma o paciente reassume sua autonomia.

Os autores Alves, Cunha, Santos, Melo (2019), elucidam que mesmo quando a vida chega no seu fim, diante da morte ainda há muito o que se fazer para que esta seja aliviada e sem sofrimento, preservando o respeito e a dignidade do paciente, **CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 213-238, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483**

proporcionando qualidade de vida mesmo em sua finitude. Este é o âmago dos Cuidados Paliativos.

O Instituto Nacional de Câncer (2010), mostra o trabalho realizado em 2003 através de um projeto de humanização, em parceria com o Sistema único de Saúde (SUS), em um ideal de gestão pautado na participação ativa, comunicação e interação, no qual, multiprofissionais compartilham juntamente com os familiares as responsabilidades das direções dos tratamentos realizados no paciente. O trabalho desenvolvido visa promover a saúde e o bem estar de todos nesse processo.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2010), o modelo de gestão para comunicação de más notícias foi baseado no Protocolo *SPIKES*. Este tem a finalidade de promover a capacitação profissional, técnica, científica e oferecer suporte emocional para que a o profissional não encontre dificuldades. Nesse contexto o trabalho do profissional muitas vezes é solitário e marcado por confrontos que surgem, principalmente quando os recursos para cura se esgotam. É um cenário desafiador de angústias e sofrimentos.

O INCA (2010), buscou no protocolo *SPIKS*, direções para discutirem a implementação estratégica e reestruturação da instituição integrada ao SUS. O protocolo tem como objetivo uma escuta humanizada das demandas do paciente, a coleta de informações sobre a doença e o preparo para receber más notícias. As notícias são passadas de forma compreensível, que respeite as vontades do paciente, oferecendo suporte que abrande as emoções e desenvolvendo junto ao paciente um plano de tratamento.

O protocolo é constituído de seis (6) etapas. A primeira instrui o profissional sobre a maneira de planejar a entrevista. A segunda etapa fala sobre a avaliar se o paciente compreende sua condição. A terceira etapa abrange o analisar sobre as vontades do paciente relacionadas a forma como quer receber as informações do seu diagnóstico. A quarta etapa orienta a maneira como as informações podem ser transmitidas ao paciente, em uma linguagem fácil, clara e objetiva, de acordo com cada momento. A quinta etapa busca legitimar os sentimentos do paciente, na busca de acolher e oferecer um espaço para o paciente e a família expressarem suas emoções. E a sexta etapa ensina como planejar o plano de tratamento com o paciente, tornando-o ativo no processo e dividindo assim as responsabilidades nas decisões.

Para contribuir com o processo de finitude e auxiliar a equipe multiprofissional, a psicanálise se dedica a vários estudos no campo da Psicologia Médica com a finalidade de compreender a forma como os profissionais da saúde agem no processo de finitude do paciente em cuidados paliativos. “[...] A tentativa é compreender porque é tão difícil tomar decisões e libertar o paciente de um contínuo e, muitas vezes, prolongado sofrimento” (BRAZ; CRESPO, 2007, p. 246).

## **6. INTERVENÇÕES DA PSICOLOGIA NO LUTO ANTECIPATÓRIO E CUIDADOS COM A FAMÍLIA**

As perdas simbólicas que antecipam a morte real do paciente em sua finitude, abarcam uma multiplicidade de sentimentos, as quais necessitam ser elaboradas em um novo sentido, tanto pelo doente quanto pela família. O psicólogo atua nesse enfrentamento, oferecendo suporte adequado de acordo com a vivência de cada um. “[...] atua junto ao paciente e a família com o objetivo de contribuir com as elaborações subjetivas e intersubjetivas que proporcionem redução do sofrimento psíquico por meio das ressignificações possíveis nesse processo” (NUNES; FARIA; NOGUEIRA; VIEIRA, 2017, p. 215).

No contexto familiar, de acordo com Prade, Castelato, Silva (2008), quando a assistência é oferecida não somente ao paciente, mas também aos familiares, há ganhos no tratamento e melhor aceitação do paciente sobre sua condição. Ainda nas palavras dos autores, o adoecimento de um membro da família, irá impactar a todos de formas diferentes. O paciente enfermo elege e altera a função de cada um, de acordo com o seu significado. Tais mudanças podem sobrecarregar os entes, gerando um desconforto físico e psíquico. Conclui-se assim que para o paciente ter uma boa evolução em seu quadro é necessário ofertar o acompanhamento psicológico a todos os membros, assegurando qualidade de vida para todos.

A psicologia atua nas relações do paciente com a família, no propósito de aplacar as angústias que emergem durante o tratamento. Nesse sentido Hermes e Lamarca (2013), evidenciam que o psicólogo dedica-se a trabalhar nas desordens psíquicas, que geram desconfortos como, estresse, depressão, sofrimento, cuidando da família, em um espaço dedicado as informações, permitindo a elas compreenderem todo processo da doença e as fases, pela qual, o paciente irá passar.



No contexto dos cuidados paliativos, a psicologia tem um papel fundamental no luto antecipatório. A ideia é favorecer a aceitação de uma perda simbólica, contribuindo na elaboração do sofrimento e das angústias. Os autores Prade, Castellato, Silva (2008), elucidam que é um processo que antecipa a separação real e afetiva, apresentando as mesmas características da morte concreta. Cada um responderá de forma singular, ocasionando diferentes reações, nas quais o paciente afeta e é afetado, não somente pela família mas por toda equipe que o assiste. Ainda, de acordo com os autores, as medidas tomadas de forma assertiva irá possibilitar ao paciente e familiares a passar por essa experiência de maneira organizada, prevenindo o luto complicado.

A elaboração do luto nos momentos que antecipam a morte pode ser facilitado pelo psicólogo que atua na equipe. Os familiares também necessitam de cuidados para aprenderem a conviver sem o ente e a depositarem o afeto em outros objetos. “[...] Para que haja a elaboração dos sentimentos que eram destinados ao ente falecido, o investimento afetivo necessita ser transformado propiciando um processo de desinvestimento e desligamento” (KOVÁCS, 1992 apud SEABRA; AGUIAR, 2013, p. 243).

A comunicação é uma ferramenta importante no cuidado paliativo, quando esta se apresenta de maneira ineficaz pode comprometer o processo dos cuidados prestados. A todo momento surge uma demanda, e, sentimentos de medo, ansiedade e angústia repercutem na vida do paciente e de seus familiares. Arantes (2020), ressalta sobre auxiliar e encorajar a família a não ter medo de contar ao familiar doente sua condição. É importante deixar que participe de forma ativa do seu processo. As decisões importantes que o paciente deve tomar nesse momento, diante do maior desafio da sua vida, garante autonomia e controle sobre as questões e a própria vida.

Muitas famílias sentem dificuldades em passar para o paciente as informações sobre sua doença, assim, em cuidados paliativos essa conduta recebe o nome de conspiração do silêncio. Cabe ao psicólogo facilitar o processo de elaboração e disseminação das informações, sendo um facilitador em todos os processos do luto. “[...] Pode ajudar os familiares e os pacientes a quebrarem o silêncio e falarem sobre a doença, fornecendo aos mesmos as informações necessárias ao tratamento, que muitas vezes é negado pela própria família, pois consideram melhor manter o paciente sem a informação” (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2582).

Segundo Volles, Bussoletto, Rodascoski (2012), diante de um diagnóstico terminal, há momentos em que o silêncio se faz presente como forma de expressão, envolvendo o doente, os familiares e a própria equipe hospitalar. São expressões de medo, angústia, insegurança, ansiedade, estresse, depressão, que podem enfraquecer a comunicação entre todos os envolvidos no processo, levando ao isolamento. De forma mascarada, o paciente, a equipe ou a família, se utilizam do silêncio como recurso de proteção para disfarçar que está tudo bem, quando a denúncia é oposta. Porém, ainda não foi compreendida, ou não é suportável no momento.

De acordo com Castro (2001), o trabalho do psicólogo, quando é comunicado o diagnóstico, é facilitar o entendimento do paciente e da família, para a compreensão dos prováveis comportamentos, atitudes e sentimentos, que podem imergir. Por mais difícil que pareça, o silêncio deve ser quebrado, visto que, muitas vezes a família não repassa as informações por considerar ser melhor, ou não saber lidar com os próprios sentimentos. Nesse sentido a psicologia auxilia a família, a equipe e o paciente a lidar com as reações, planejar as ações a serem efetuadas e solucionar os conflitos psicológicos.

Em seu imaginário o homem se acha imortal, porém, quando se confronta com a morte, essa ilusão se desfalece. “[...] Ausente do inconsciente, a morte se faz presente na vida do homem e o seu acontecimento provoca o ferimento narcísico, nascido da frustração das ilusões de onipotência e imortalidade” (PY, 2007, p. 237). Em meio a sofrimentos e incertezas, o homem se isola, se silencia, como fator de proteção de si e do outro ao se deparar com a própria morte.

Nesse contexto o psicólogo atua favorecendo a comunicação e os vínculos entre a equipe, o paciente, a família e amigos próximos. Prade, Castellato, Silva (2008), falam sobre a criação de um espaço para expressão de sentimentos, reconhecendo o papel de cada um, seus sofrimentos e a forma como cada integrante sente e dá sentido às questões advindas diante da morte. Os autores falam que uma comunicação feita com clareza e empatia, trazem uma maior compreensão e possibilita um ajustamento mais funcional. Outra ferramenta muito útil, de acordo com os autores, se dá por meio da criatividade, como música, arte, artesanatos, pintura, poesia e literatura, que são exemplos do simbólico na busca de sentidos e elaboração.

## 7. INTERVENÇÕES DA PSICOLOGIA JUNTO AOS PROFISSIONAIS

Ser cuidado é uma necessidade básica do ser humano. Contudo, nem sempre quem está cuidando sabe pedir ajuda ou identificar essa necessidade. O cuidador também sofre, se desgasta físico e emocionalmente, suportando muitas vezes sozinho, toda angústia causada por se sentir vulnerável e impotente. “[...] Se não sabemos identificar e expressar o que precisamos, dificilmente saberemos pedir ajuda e é neste ponto que a exaustão profissional aparece, quando falamos especificamente de profissionais de saúde” (Manual de Cuidados Paliativos, 2020, p. 33).

Os profissionais que atuam em cuidados paliativos, sentem de perto os processos dolorosos no fim da vida do paciente. É uma rotina de trabalho que causa esgotamento físico e mental, afetando sua saúde. Os autores Prade, Castellato, Silva, (2008), afirmam que muitas vezes o profissional encontra dificuldades para cuidar do outro, vivendo este processo de forma velada e negligenciada, o que provoca sentimento de onipotência.

Como efeito desse sofrimento não elaborado, Silvério (2010), mostra que o profissional reprime suas emoções, o que, por vezes, afeta o convívio social e a prática profissional. Desse modo, o profissional pode se distanciar do paciente em seus momentos de maior desamparo devido a tristeza ou a negação que essa situação provoca.

Nesse contexto a psicologia atua diretamente com os profissionais, no qual, o objetivo é ampliar as possibilidades de elaboração do sofrimento vivenciado, de modo que seja “[...] facilitador do fluxo dessas emoções e reflexões, e sinalizando quando suas defesas se exacerbaram tanto, a ponto de alienarem-se de si mesmos, de seus próprios sentimentos, favorecendo a compreensão de sua onipotência e potência real”. (PORTO; LUSTOSA; ANDRADE, 2009, p. 169)

É importante que o profissional de saúde busque sempre se capacitar, através do conhecimento técnico, e também, busque ajuda que promova reflexões e autoconhecimento para que as questões relacionadas as demandas do paciente em seu momento de adoecimento não afetem o profissional, nem desperte sentimentos, intrínsecos da sua história. “[...] Perceber se sente raiva, pouca vontade de estar com ele, prazer e/ou satisfação em cuidar. Um bom cuidado necessita também de

inteligência emocional, que é saber o que sente e como melhorar isso” (MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020, p. 34).

A comunicação do psicólogo com a equipe em cuidados paliativos é importante para avaliar todos os fatores biopsicossocial. Os autores Melo, Valero (2013), Menezes, declaram que a troca entre os diversos saberes permite ao psicólogo ter informações importantes do paciente e da família, sobre o olhar de cada perspectiva profissional, a área que necessita de intervir.

De acordo com Melo, Valero, Menezes (2013), em estudo elaborado para evidenciar as propostas e trabalhos realizados por psicólogos nos cuidados paliativos destacam-se: a comunicação com a equipe para avaliação e diagnóstico do paciente, condução na elaboração do estado de saúde e enfrentamento da doença, espaço para intervenções específicas do paciente junto a família e equipe, estratégias para enfrentamento, suporte psíquico e ocupacional, programas de treinamento para profissionais da saúde em cuidados paliativos, avaliação da qualidade de vida, prevenção do sofrimento, valorização à atenção do cuidador, comunicação de qualidade e redução das angústias.

De acordo com Pitombo, Neri (2010), a Política Nacional de Humanização (PNH), busca transformar a realidade de todos os envolvidos no processo de humanizar as relações, através da troca de saberes e exposição de sentimentos, a serem trabalhados em grupo. A autora traz como exemplo os Grupos Balint-Paidéia, que tem por finalidade capacitar os profissionais a suportarem a proporção de emoções, sensações e sentimentos, na relação que abrange o profissional, a equipe, o paciente e os familiares.

No setor da saúde, um exemplo de modelo a ser trabalhado é o Balint. De acordo com Brandt (2009), o grupo surgiu em 1950 e o nome faz referência ao seu criador Michael Balint, psicanalista, que apontou a importância das relações, principalmente a relação médico e paciente. Para não expor o grupo, Balint criou dois conceitos o primeiro de transferência pública referente a questões habituais dos participantes dentro da mesma profissão, e a transferência privada, a qual, se resguarda a intimidade dos assuntos íntimos, não expondo no espaço em que as relações estão sendo construídas.

Ao propor o trabalho com grupos, o psicólogo ajuda a equipe e o paciente no convívio social, a não se isolar e a compartilhar seus casos, agregando saberes e

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 213-238, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483**

trabalhando as questões relativos ao processo saúde e doença. “[...] O Grupo Balint forma uma rede de intervenções que permite que um se afete e interfira no caso do outro, sem nunca ter visto ou estado diante do paciente. É outra forma de estar presente na consulta” (PACHECO, 2010, p. 77).

A proposta dos grupos de reflexão Balint, é uma modalidade de assistência psicológica à equipe de saúde, para amenizar a ansiedade dos profissionais, através de discussões de caso e da comunicação em um espaço coletivo, para tomada de decisões e participação de todos, no que se refere ao ambiente de trabalho. “[...] Ampliar a clínica passa por esse desafio, no sentido de que essa ampliação só acontece quando passamos a incluir os diferentes sujeitos, os coletivos e, principalmente, os problemas entendidos aqui como analisadores do real” (PITOMBO; NERI, 2010, p. 49).

É importante ressaltar que o luto do profissional de saúde não é reconhecido, e a ambivalência de sentimentos reprimidos pode causar adoecimento, o qual, passa por um estigma social em que a perda não é validada, “[...] perdas ambíguas são aquelas que se caracterizam pela falta de clareza com relação ao que foi perdido, sobre quem perdeu, ou ainda, se houve a perda ou não” (PRADE; CASTELLATO, SILVA, 2008, p. 156).

É um sofrimento real de perda, em que a condição de saúde do profissional pode ser afetada, por necessitar manter a todo tempo controle emocional diante dos seus pacientes, equipe e familiares “[...] Daí a necessidade de travar contato com aquilo pelo qual se é tocado e cuidar do mesmo modo como se faz com os pacientes e suas dores” (SILVÉRIO, 2010, p. 139).

Compreender que o trabalho do profissional muitas vezes é solitário, que a morte se aproxima todos os dias sobre aqueles que se é cuidado, sobre vínculos estabelecidos, não é de fato uma tarefa fácil. Cabe então estreitar as relações e promover uma aproximação para abrandar e elaborar a vivencia nesse ambiente. “[...] a existência de espaços como os Grupos Balint-Paidéia é uma das alternativas possíveis de suporte, por isso um antídoto eficaz contra a solidão, da qual muitos profissionais se queixam” (SILVÉRIO, 2010, p. 140).

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É importante ressaltar que o papel do psicólogo nesse contexto, de acordo com Ferreira, Lopes e Melo (2011) é construir um vínculo de confiança para que o paciente possa aderir ao tratamento, trazer suas queixas e expor suas demandas, pois vivencia o adoecimento e a finitude para além dos sintomas corporais, sendo importante ao psicólogo estar sempre atento, com intuito de minimizar ao máximo seu sofrimento e oferecer qualidade de vida. Isso inclui os fatores que podem causar uma desordem psíquica geradora de sofrimento. Para tal, ainda de acordo com os autores, a religião e espiritualidade seria mais um recurso utilizado como fonte de suporte e conforto no processo terminal da vida.

Para Ferreira, Lopes e Melo (2011), é de extrema importância que o psicólogo mantenha uma relação harmônica e equilibrada com os profissionais das demais áreas envolvidas no processo, a fim de favorecer as vias de comunicação, para que através das trocas de saberes, possa ser oferecido ao paciente um tratamento digno e adequado.

A vida só faz sentido para o paciente paliativo se este receber dos profissionais da equipe multidisciplinar, cuidados que o ampare e o ajude a ressignificar a vida, sendo um facilitador na resolução de problemas ainda pendentes e a dar sentido ao seu sofrimento. “[...] o maior desafio ético em jogo ainda é considerar as questões não resolvidas da dignidade da vida antes de abordar o direito à dignidade da morte” (PORTO; LUSTOSA, 2010, p. 86).

Espera-se que o presente estudo forneça contribuições importantes no campo da psicologia. Que o profissional, ao olhar o paciente em cuidados paliativos, busque sempre aprimorar seu saber, com a finalidade de oferecer um cuidado integral, com dignidade, respeito e valor, para que o paciente dê um novo significado e elabore sua vida. O trabalho do psicólogo com equipe multidisciplinar, é facilitar as vias de comunicação dos diversos saberes e tem por objetivo garantir um tratamento adequado e a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Observa-se que é impossível esgotar o tema neste trabalho, pois há muito o que se pesquisar, falar e explorar. Essa é uma área de muitos estudos e atuações, no qual cabem diversas psicologias. Desta forma objetivou-se apresentar de forma sucinta e delimitada o tema proposto, com a finalidade de chamar a atenção dos profissionais atuantes na equipe de cuidados paliativos, a buscar sempre recursos que favoreçam a vida mesmo que as possibilidades terapêuticas de cura estejam

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 213-238, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483**

esgotadas. E a cuidarem de si, com a mesma dedicação com que cuidam dos outros.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Railda Sabino Fernandes; CUNHA, Elizabeth Cristina Nascimento; SANTOS, Gabriella César; MELO, Myriam Oliveira. Cuidados Paliativos: Alternativa para o cuidado essencial no fim da vida **Psicologia: Ciências e Profissão**, Brasília, v. 39, p 02 - 10. 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pcp/a/NSScM87z94MQRGL8RPtBGzJ/?lang=pt>. Acesso em 15 out. 2021.

ARANTES; Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra. 2016.

ARANTES; Ana Claudia Quintana. **Histórias lindas de morrer**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra. 2020.

ARANTES, Juliana Castro. Os feitos não morrem: Psicanálise e cuidados ao fim da vida. **Agora**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 637 – 648, set./dez. 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/j/agora/a/v8rcKkMhFGbZM3wvcSnqZbq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2021.

BRANDT, Juan Adolfo. Grupo Balint: aspectos que marcam a sua especificidade. **Vínculo**. São Paulo, v. 6, n. 2, p.199 - 208, dez. 2009. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902009000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200009). Acesso em 14 maio 2022.

BRASIL. Conselho federal de Medicina. Resolução CFM nº1995/2012, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **DOU**, Brasília, DF, 09 ago. 2012. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em 28 de abr. 2022.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, 2020. Disponível em [file:///C:/Users/junio/Downloads/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/junio/Downloads/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final%20(3).pdf). Acesso em 28 abr. 2022.

BRAZ, Marlene; CRESPO, Rosallee Istoe. Aspectos psicanalíticos da não-ressuscitação em medicina paliativa. **Revista brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.53, n.2, p. 245 - 250. 2007. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/365/1/Aspectos%20psicanal%C3%ADstico.pdf>. Acesso em 30 set. 2021.

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 7, p. 213-238, jan./jun. 2022 – ISSN 2674-9483**

CASTRO, Deborah Azenha. Psicologia e ética em cuidados paliativos. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v.21, n.4, dez. 2001. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pcp/a/MX97xPsDkhRVHvFn7BzWj9h/#>. Acesso em 13 maio. 2022.

COSTA, Mariana Fernandes; SOARES, Jorge Coelho. Livre como uma borboleta: Simbologia e cuidado paliativo. **Revista Brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 631 - 641. jul./set. 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/pY5XpWHG4SCfcL3p9fTb4FR/?lang=pt#>. Acesso em 01 abr. 2022.

ESPERANDIO, Mary; LEGET, Carlo. Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública? **Bioética**, Brasília, v.28, n.3, p 543 - 553, jul./nov. 2020. Disponível em [https://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422020000300543&script=sci\\_arttext](https://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422020000300543&script=sci_arttext). Acesso em 08 jun 2022.

FERREIRA, Ana Paula De Queiroz; LOPES, Leany Queiroz Ferreira; MELO, Mônica Cristina Batista de. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p 85 - 98, Jul./Dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a07.pdf>. Acesso em 25 out. 2021.

FLORIANI, Ciro Augusto. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. **Bioética**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 397 - 404, mar. 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/bioet/a/JmXHy7fXfdfMfTRCTXC3gXN/?lang=pt#>. Acesso em 30 set. 2021.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; HOTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.21, n.3, p. 155-166, set./ dez. 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 01 out. 2021.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciencia e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577 - 2588, set. 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 14 maio 2022.

KOVÁCS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Bioética**, Rio de Janeiro, v.22 n.1, p. 94-104, abr. 2014. Disponível em <file:///C:/Users/junio/Downloads/A%20caminho%20da%20morte%20com%20dignidade.pdf>. Acesso em 14 set. 2021.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.



LISBÔA, Márcia Lucrecia; CREPALDI, Maria Aparecida. Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. **Paidéia**. Ribeirão preto, v. 13, n. 25, p. 97 - 109, 2003. disponível em <https://www.scielo.br/j/paideia/a/4nL7kbrXkHNPfTF8yLZhtgB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 08 jun. 2022.

MACHADO, Silvio Memento. Psicanálise e Cuidados Paliativos: do sem-sentido a invenção. **Vale Do Rio Verde**, Três corações, v 13, n. 2, p. 613-618, jul./dez. 2015. Disponível em file:///C:/Users/junio/Downloads/Dialnet-PSICANALISEECUIDADOSPALIATIVO-5298248.pdf Acesso em 14 set. 2021.

MELO, Anne Cristine; VALERO, Fernanda Fernandes; MENEZES, Marina. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Psicologia, Saúde e Doenças**. Lisboa, v. 14, n.03, 2003, p. 452 - 469. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/362/36229333007.pdf>. Acesso em 08 jun. 2022.

MENEZES, Rachel Aisengart; BARBOSA, Patricia de Castro A construção da "boa morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9 p. 2653 - 2662, set. 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/XCvnTPkbCDF8KsHbJzMDsZg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 23 jun. 2022.

NUNES, Katiúscia Caminhas; FARIA, Carla Vieira Gomes; NOGUEIRA, Eder Luiz; VIEIRA, Leandro da Silveira. In: SANTOS, Liliane Cristina; MIRANDA, Eunice Moreira Fernandes; NOGUEIRA, Eder Luiz. **Psicologia, saúde e hospital: Contribuições para a prática profissional**. Belo horizonte: Artesã, 2016. p. 209 - 220.

PACHECO, Ana Perez Ayres de Mello. Da solidão profissional a interdisciplinaridade: a trajetória de um grupo Balint-Paidéia. In: BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro, 2010, p. 73 - 84. Disponível em file:///C:/Users/junio/Downloads/comunicacao-de-noticias-dificeis-compartilhando-desafios-na-atencao-a-saude-2010%20(2).pdf. Acesso em 13 maio. 2022.

PITOMBO, Luciana Bettini; NERI, Regina. Grupos Balint-Paidéia: uma experiência da gestão compartilhada da clínica ampliada na rede de atenção oncológica. In: BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro, 2010, p. 47 - 54. Disponível em file:///C:/Users/junio/Downloads/comunicacao-de-noticias-dificeis-compartilhando-desafios-na-atencao-a-saude-2010%20(2).pdf. Acesso em 13 maio. 2022.

PORTO, Gláucia, LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados paliativos. **SBPH**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 76 - 93, Jun. 2010. Disponível em file:///C:/Users/junio/Downloads/Cuidados%20paliativos%20e%20psicologia%20hospitalar.pdf. Acesso em 14 set. 2021.

PRADE, Cristiane Ferraz; CASELLATO, Gabriela; SILVA, Ana Lúcia Martins. Cuidados Paliativos e comportamentos perante a morte. *In*: KNOBEL, Elias; ANDREOLI, Paola B. de Araújo; ERLICHMAN, Manes R. **Psicologia e humanização**: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 149 - 159.

PY; Ligia. A não-ressuscitação, do ponto de vista, dos pacientes, em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.53, n. 2, p. 237-240, abr./Jun. 2007. Disponível em [https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n\\_53/v02/pdf/secao\\_especial4.pdf](https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_53/v02/pdf/secao_especial4.pdf). Acesso em 14 set. 2021.

SEABRA, Carolina Ribeiro; AGUIAR, Marília Ávila de Freitas. Psico-oncologia e Cuidados Paliativos: do Viver ao morrer em plenitude. *In*: CARBONARI, Karla; SEABRA, Carolina Ribeiro. **Psico-oncologia**: assistência humanizada e qualidade de vida. São Paulo: Comenius, 2013. p. 243 - 258.

SEPAROVICH, Laise Alcântara; ARROYO, Caroline Amélia, NASCIMENTO, Emersom Luiz; RODRIGUES, Suleima Joly. Psicologia Hospitalar e equipe multiprofissional: uma revisão integrativa com vistas a conduta profissional. **Científica UMC**, São Paulo, v.5, nº1, p. 01 - 15, fev. 2020. Disponível em <file:///C:/Users/junio/Downloads/676-3833-1-PB.pdf>. Acesso em 13 maio 2022.

SILVÉRIO, Rita de Cássia Ferreira. O luto dos profissionais de saúde que ousam compartilhar seus afetos. *In*: BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Comunicação de notícias difíceis**: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro, 2010, p. 131 - 140. Disponível em [file:///C:/Users/junio/Downloads/comunicacao-de-noticias-dificeis-compartilhando-desafios-na-atencao-a-saude-2010%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/junio/Downloads/comunicacao-de-noticias-dificeis-compartilhando-desafios-na-atencao-a-saude-2010%20(2).pdf). Acesso em 13 maio. 2022.

VOLLES, Camila Christine; BUSSOLETTO, Greici Maestri; RODACOSKI, Giseli. A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho. **SBPH**, Rio de Janeiro, v.15, nº1, p 212 - 231, jun. 2012. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100012). Acesso em 28 abr. 2022.