

PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS: UM OLHAR A TRÍADE FAMÍLIA, PACIENTE E EQUIPE DE SAÚDE

Débora do Nascimento Freitas¹
Thays Emmanuele Alves de Melo²
Karolline Helcias Pacheco³

Psicologia



ISSN IMPRESSO 1980-1769
ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

RESUMO

Cuidados paliativos são cuidados destinados às pessoas que sofrem de doenças crônicas que evoluem, sendo consideradas incuráveis pela medicina. Dentre elas, podemos citar o câncer, uma doença que pode ser detectada em qualquer região corporal, multiplicando-se e espalhando células anormais através da corrente sanguínea ou do sistema linfático para outros órgãos, criando o que chamamos de metástases. Tendo em vista que o diagnóstico de uma doença terminal traz consigo abalos emocionais tanto para o paciente, bem como para sua família e equipe de saúde, o presente trabalho tem como objetivo identificar a atuação do psicólogo no contexto de cuidados paliativos à tríade família, paciente e equipe de saúde. Para isso, foi realizada uma revisão narrativa da literatura nas seguintes bases de dados: BVS, Scielo, Lilacs, PePSIC, sites do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva e Academia Nacional de Cuidados Paliativos e livros. Diante da necessidade de o familiar cuidador sentir-se acolhido e seguro para apoiar o paciente, uma vez que este desenvolve sentimentos de estar só e assume o papel de cuidar de maneira integral, este estudo irá trazer contribuições de como os psicólogos poderão auxiliar esse cuidador, seus familiares e equipe de saúde, oferecendo apoio, acolhimento e uma escuta diferenciada diante das angústias, sentimentos e emoções despertadas.

PALAVRAS-CHAVE

Cuidados Paliativos, Emoções, Apoio Psicológico, Câncer.

ABSTRACT

Palliative care is care intended for people suffering from chronic diseases that evolve and are considered incurable by medicine. Among them, we can mention cancer, a disease that can be detected in any body region, multiplying and spreading abnormal cells through the bloodstream or lymphatic system to other organs, creating what we call metastases. Considering that the diagnosis of a terminal illness brings with it emotional disturbances both for the patient, as well as for his family and health team, the present work aims to identify the performance of the psychologist in the context of palliative care to the triad family, patient and health team. For this, a narrative review of the literature was carried out in the following databases: VHL, SciELO, Lilacs, PePSIC, sites of the National Cancer Institute José de Alencar Gomes da Silva and the National Academy of Palliative Care and books. Given the need for the family caregiver to feel welcomed and safe to support the patient, once he develops feelings of being alone and assumes the role of caring in an integral way, this study will bring contributions of how psychologists can help this caregiver, their families and health team, offering support, welcome and a different listening to the anxieties, feelings and emotions aroused.

KEYWORDS

Palliative Care. Emotions. Psychological Support. Cancer.

1 INTRODUÇÃO

Com os avanços tecnológicos, é possível prolongar a vida em algumas circunstâncias, respeitando a vontade do indivíduo e de seus familiares. Antigamente, isso era feito de forma agressiva e desumana, quando o paciente era mantido ligado a máquinas e medicado em excesso, desencadeando tanto sofrimento físico, como psíquico. Esse sofrimento não só atinge o paciente, mas também seus familiares que são afetados psicologicamente com o desenvolvimento da doença, uma vez que o acompanhamento de quem é diagnosticado com uma doença terminal exige muito do cuidador, o qual, muitas vezes, abdica de sua própria vida para viver o pouco tempo que resta com o outro, sendo necessário um olhar diferenciado e que seja dirigida uma atenção especial da parte dos profissionais de saúde (VALDUGA; HOTCH, 2012).

A medicina paliativa vem trazendo todo seu enfoque holístico do ser. Sendo assim, tem sua preocupação no bem-estar, físico, social, psíquico e espiritual, partindo do cuidado e não da cura, reconhecendo a morte como um processo natural. Porém, fazem-se necessários cuidados especiais da equipe de saúde, visando proporcionar a morte no tempo, sem adiantar, nem adiar, apenas aceitando-a (LIMA, 2015).

Apesar de existir no Brasil desde os anos 1990, a medicina paliativa não é uma prática encontrada em todos os serviços de saúde. A equipe de cuidados paliativos é composta por diversos profissionais, por isso denominada de "equipe multiprofissional", sendo parte dela o profissional de psicologia, que trabalha em prol do alívio do

sofrimento psíquico do paciente, apoiando, acolhendo, facilitando a comunicação da equipe de saúde com o paciente e sua família, trabalhando a aceitação da morte desses indivíduos, buscando a qualidade de vida no processo de finitude. Dessa forma, objetivamos com este trabalho destacar a importância da atuação do psicólogo nos cuidados paliativos como integrante da equipe multiprofissional.

2 METODOLOGIA

O presente artigo consiste numa revisão narrativa de literatura no período de 2008 a 2017, na base de dados: BVS, Scielo, Lilacs, PePSIC, sites do Instituto Nacional do Câncer e Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Para isso, foram utilizadas as palavras chaves: cuidados paliativos, familiar cuidador, atuação do psicólogo. Foram selecionados 152 artigos, foram utilizados como critério de inclusão, artigos de autoria de psicólogos e enfermeiros, disponíveis na íntegra em língua portuguesa. Constatamos em nossas pesquisas que a enfermagem é uma das áreas que mais publica trabalhos sobre cuidados paliativos. As fontes utilizadas para a constituição deste trabalho legitimam e interagem com o tema proposto, portanto, foram escolhidos aqueles trabalhos que poderiam contribuir com a discussão sobre o tema central.

3 CÂNCER

A palavra câncer é utilizada para definir um grupo de doenças que podem ser detectadas em qualquer região corporal, multiplicando-se e reproduzindo células anormais que podem, por meio da corrente sanguínea ou do sistema linfático, espalhar-se por outros órgãos, criando o que se conhece por metástases. O diagnóstico precoce, muitas vezes, não é possível, a demora dificulta o tratamento da doença, bem como a manutenção da vida (COSTA; SILVA, 2017).

Em casos de diagnóstico de câncer, a Lei Nº12.732, de 22 de novembro de 2012, dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso, registrada em prontuário único. (BRASIL, 2012, s/p).

As células se espalham pelo organismo do indivíduo, provocando tumores malignos ou benignos. Existem vários tipos de câncer, uma vez que o corpo humano é formado por mais de um tipo de célula cancerígena: o carcinoma, que acomete os tecidos epiteliais; a mucosa e o sarcoma que acomete os tecidos conjuntivos como ossos, músculos ou cartilagens (INCA, 1996).

4 CUIDADOS PALIATIVOS

Pioneira na área de cuidados paliativos, Cicely Saunders nasceu na Inglaterra, graduou-se em enfermagem, serviço social e medicina. Sua obra é composta por vários livros e artigos, que ainda são utilizados mundialmente por paliativistas (ANCP, 2017).

Cicely Saunders criou em 1967 a fundação do *Saint Christopher Hospice*, no Reino Unido, dando início ao movimento *hospice* contemporâneo. "Essa instituição prestava assistência integral ao paciente desde o controle dos sintomas até o alívio da dor e sofrimento psicológico" (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2.578).

Cuidados paliativos são os cuidados oferecidos de forma integral ao indivíduo que sofre de doenças sem possibilidade terapêutica de cura, com o intuito de proporcionar melhorias no processo de finitude. Para os autores, a morte é um processo normal e todos os que estão vivos ficam cientes de que um dia irão morrer, e faz parte da medicina paliativa escutar, preparar, adaptar e acolher o paciente em sua finitude. É uma área que envolve a participação de diversos profissionais e forma uma equipe multiprofissional (BUSHATSKY *et al.*, 2012).

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2017) destaca que existem registros de cuidados paliativos no Brasil desde os anos 1970, porém apenas nos anos 1990 apareceram os primeiros serviços, destacando-se o pioneirismo do Prof. Marco Túlio de Assis Figueiredo, oferecendo cursos nessa área na Escola Paulista de Medicina UNIFESP/EPM.

Surgiram outros serviços voltados para a medicina paliativa como: O Instituto Nacional do Câncer (INCA) do Ministério da Saúde que, em 1988, inaugurou o Hospital Unidade IV; em 2002, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo com uma enfermaria conduzida pela Dra. Maria Goretti Sales Maciel; o Hospital do Servidor Público Municipal inaugurado em 2004, conduzido pela Dra. Dalva Yukie Matsumoto e, em 1997, a psicóloga Ana Geórgia de Melo fundou a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), porém somente em 2005, com a fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), esses serviços se concretizaram no Brasil (ANCP, 2017).

Ainda de acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2017), a atividade paliativista no Brasil necessita ser reconhecida e estar dentro da lei, uma vez que ainda se trata de um serviço desconhecido e ignorado por alguns profissionais, não só da área da saúde, mas também do poder judiciário, entendendo que eutanásia e cuidados paliativos são sinônimos.

4.1 MEDICINA PALIATIVA E A ORTOTÂNASIA, DISTANÁSIA E EUTANÁSIA

Os cuidados paliativos formam uma série de ações realizadas pelos profissionais da saúde em relação aos pacientes terminais, para assegurar-lhe uma morte digna, sendo respeitados seus valores e crenças, de modo que toda atuação está voltada para a medicina humanista (LIMA, 2015).

Lima (2015), destaca que a medicina paliativa surgiu a partir de questões apresentadas pela bioética, que representa o estudo sistemático da extensão moral da

ciência da vida e dos cuidados da saúde, que utiliza uma variedade de métodos éticos no contexto multiprofissional. Para Vieira e Gidin (2015), a bioética pode ser compreendida como uma reflexão complexa e interdisciplinar sobre as adequações que estão relacionadas à vida e o viver. A vida sendo entendida na sua dimensão biológica e o viver nas relações interpessoais. Quando a discussão da preservação da vida deixa de ser o foco, o viver se mantém como fundamental. Sendo assim, os cuidados paliativos estão totalmente inseridos no contexto das reflexões da bioética, principalmente no que diz respeito ao processo de tomada de decisões.

A eutanásia foi definida no início dos debates acerca do tema, como o ato de tirar a vida do ser humano. Mas, após ser discutido e repensado, o termo significa morte sem dor, sem sofrimento desnecessário. Nos dias atuais, é entendida como uma prática para abreviar a vida, com intuito de evitar sofrimento. A prática é ilegal no Brasil, sendo aceita em alguns países, como Holanda e Bélgica. Vale salientar que o Código de Ética Médica brasileiro de 1988 tem os artigos referentes ao tema, que são contrários ao médico participar da eutanásia e do suicídio assistido (COSTA *et al.*, 2013).

O Código de Ética Médica brasileiro de 1988 registra que o médico não deve abandonar seu paciente. Em todo o caso, a eutanásia é proibida. Em 2006, o Conselho Federal de Medicina lançou a resolução CFM 1.805/2006, que permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente em fase terminal, de enfermidades consideradas graves e incuráveis, respeitando a vontade da pessoa ou de seu representante legal (KOVÁCS, 2014).

A morte sendo compreendida como um processo natural e final da vida, a ortotanásia é a morte digna, possibilitando a humanização do processo de morrer. Todo o processo da vida deve estar baseado no respeito à dignidade do ser humano, não existe dúvidas que o processo de morrer deve ser guiado pelo respeito. A intervenção médica na ortotanásia tem como objetivo proporcionar ao paciente a boa morte, no seu tempo, respeitando os valores e tendo o máximo de cuidado médico e familiar (LIMA, 2015).

A ortotanásia mostra situações onde a morte é iminente e inevitável. Diante dessa realidade, questiona-se qual deve ser a postura do médico. Para a medicina paliativa, a postura dos profissionais da área de saúde deve ser a de cuidar, tendo o dever ético de amparar o paciente, aliviar a dor, no momento de desconforto, angústia e incertezas. Entretanto, no cuidar se trabalha a aceitação da morte como um processo natural e inevitável, não impedindo o sofrimento presente (LIMA, 2015).

O Código de Ética Médica de 2010 proíbe a eutanásia como uma perspectiva de morte digna, propondo a ortotanásia em momentos clínicos irreversíveis, vinculado à qualidade nos cuidados paliativos oferecidos e apresenta itens no fim da vida nesses cuidados, destacando a importância da relação médico-paciente (KOVÁCS, 2014).

O termo distanásia é pouco conhecido, entretanto, muitas vezes praticado na saúde. Tem como conceito uma morte penosa e difícil, sendo usada para indicar o prolongamento no processo de morrer, mediante tratamentos que apenas prolongam a vida biológica, sem qualidade de vida e dignidade para o paciente. Pode também ser chamada de obstinação terapêutica (COSTA *et al.*, 2013).

O Código de Ética Médica se manifesta contra a distanásia. O Art. 41, parágrafo

único, diz que, nos casos de doenças incuráveis e terminais, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente, ou, na sua impossibilidade, a de seu representante (KOVÁCS, 2014).

4.2 ASSISTÊNCIA E LEGISLAÇÃO NO BRASIL

Atualmente no Brasil não há legislação específica que regularize os cuidados paliativos. Para esse fim, familiares de pacientes considerados em cuidados paliativos têm procurado a justiça para garantir o direito de cuidados que minimizem o sofrimento da pessoa humana, garantindo assim o direito constitucional previsto no art. 1º, Inciso III, que fundamenta o Estado Democrático de Direito, garantindo, esse inciso a dignidade da pessoa humana (CFM, 2016).

Segundo a OMS (2016), no mundo, apenas 20 (vinte) países possuem um sistema de Cuidados Paliativos, considerado adequado, possibilitando dignidade aos pacientes em tratamento.

A ANS- Agência Nacional de Saúde, publicou em 13 de outubro de 2016, informações acerca da OMS- Organização Mundial de Saúde, de que o Cuidado Paliativo é capaz de prevenir e aliviar o sofrimento de pacientes que necessitam de tal tratamento, no entanto a falta de opções de serviços especializados em Cuidados Paliativos ainda é um desafio para a medicina e o campo da saúde das populações, em especial no Brasil. (ANS, 2016, s/p).

No Brasil podemos citar dois órgãos que publicaram Resoluções para classes específicas de profissionais, mas não estão acima das leis brasileiras e ainda não possuem leis que regulamente o Cuidado Paliativo, na Resolução editada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) de nº 2.156/2016, que nos casos de doenças incuráveis o médico deve oferecer cuidados paliativos.

Outro órgão que pode ser mencionado é o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) 2, da 2ª Região, que editou a Resolução 429/ 2013, em seu Art. 4º Inciso III, disciplinando a atuação do Terapeuta Ocupacional junto às equipes multiprofissionais na atenção em Cuidados Paliativos, podendo esta ser realizada tanto em contexto intra-hospitalares, como extra-hospitalares (CREFITO, 2013).

No que diz respeito à legislação brasileira, existem dois projetos de lei em andamento, sendo um deles o PL 6715/ 2009, que está aguardando o parecer do relator na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCCJ), designado 18 de setembro de 2017. Esse projeto de lei altera o Código Penal Brasileiro, excluindo a ilicitude da ortotanásia (PL 6715/2009, s/p).

O outro projeto de lei em tramitação na Câmara dos Deputados é o PL 5.559/2016, que dispõe sobre os direitos dos pacientes quando envolvidos em cuidados prestados por serviços de saúde, definindo em seu Art. 2º inciso V:

Art. 2º, V- Cuidados Paliativos: Assistência integral à saúde prestada por equipe multidisciplinar ao paciente com doença ativa e progressiva que ameaça a vida e para a qual não há possibilidade de cura, com o objetivo de promover o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, mediante a prevenção e o tratamento para o alívio da dor e do sofrimento de natureza física, psíquica, social e espiritual. (PL 5.559/2016, s/p).

De acordo com a Academia Nacional em Cuidados Paliativos no Brasil (2017), os serviços de Cuidados Paliativos necessitam da implementação e padronização de atendimentos para garantir a eficácia e qualidade no tratamento, uma vez que não há formação continuada de profissionais de saúde nesse segmento, gerando uma considerável lacuna no âmbito do tratamento de pacientes considerados em cuidados paliativos, no que tange ao número de profissionais multidisciplinares.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O paciente em sua terminalidade de vida passa por algumas fases descritas por Ross (2017) como negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Na negação, a notícia desestabiliza, é inesperado, o paciente precisa se recuperar da notícia para tomar algumas medidas. A negação é uma defesa, que pode ser substituída por uma aceitação parcial. Dependendo de como foi dada a notícia, aos poucos ele vai se desprendendo da negação e se prendendo a mecanismos menos radicais, como a raiva, sendo envolvido por sentimentos de revolta e ressentimentos, podendo se espalhar para as pessoas ao seu redor, recebendo suas visitas com pouco entusiasmo e expectativa.

Após a raiva, o paciente entra no estágio da barganha, pouco conhecida, porém, de igual modo útil ao paciente. Tenta negociar com “Deus” sua saúde, acreditando que pode receber recompensa por bom comportamento. Na fase da depressão, o indivíduo se dá conta de que se encontra em cuidados paliativos, não podendo mais negociar sua saúde, ou esconder sua doença, começando a surgir um sentimento de perda. Nem todos os pacientes chegam à fase de aceitação, pois é onde não existe mais questionamentos (ROSS, 2017).

O paciente possui esperança em todas essas fases citadas anteriormente, uma vez que esse sentimento auxilia na relação com a equipe de saúde, incentivando-o a lutar em sua finitude, sendo necessário um acompanhamento adequado não só para o enfermo, mas também para sua família (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

Nas doenças que evoluem longos períodos de acompanhamento, podem acontecer alguns efeitos de ordem psíquica, como desgaste emocional, inadequação, sentimento de culpa e de inutilidade. Dessa forma, tanto o paciente quanto a família e a equipe médica também podem passar pelas mesmas fases pelas quais o paciente passa durante o processo de adoecimento e morte (PEREIRA; DIAS, 2007).

A família passa pelos diferentes estágios de adaptação, semelhantes aos descritos passados pelo paciente. No início, muitos não acreditam que a situação seja verdadeira, podendo negar o fato de existir determinada doença na família e até ir a vários médicos com a esperança de receber um diagnóstico diferente. Diante da atitude do paciente, a família sofre mudanças, dependendo da forma de lidar com a situação (ROSS, 2017).

O familiar que cuida do paciente em cuidados paliativos é afetado diretamente pela doença deste, visto que cuidar de quem é diagnosticado com uma doença terminal exige muito do cuidador (VALDUGA; HOTCH, 2012).

Para o familiar cuidador existe um intenso sofrimento e angústia com a iminente perda de alguém de grande significado em sua vida, sendo de grande importância o acompanhamento desse indivíduo, principalmente pelo psicólogo, para que eles consigam elaborar o luto de maneira saudável, sabendo que, em situações mal elaboradas, pode ocorrer o luto patológico (PEREIRA; DIAS, 2007).

A dor da perda pode ser devastadora, no que se refere ao psicológico das pessoas que vivenciam essa situação, ficando a certeza de que essa condição não vai passar. É importante avaliar a existência de um luto normal ou patológico. O luto normal é esperado; o patológico é onde não existe a superação, fica permanentemente nesse estado, com manifestações devastadoras (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Frequentemente o desejo do paciente é morrer em casa, porém isso pode acarretar marcas profundas e muitas vezes irreparáveis na vida dos familiares, como lembranças que já não conseguem esquecer. Nesse momento, os sintomas ficam mais intensos, gerando sobrecarga e estresse acentuados, deixando-os mais vulneráveis, por não suportarem o sofrimento de seu ente querido. As famílias sofrem um estresse permanente devido às incertezas que estão vivenciando, não conseguindo sentir-se seguros com o rumo que a doença toma (VALDUGA; HOTCH, 2012).

Familiares cuidadores se cobram muito, em serem fortes diante da situação que se instalou em suas vidas, tomando para si a responsabilidade de enfrentar as dificuldades, tentando preservar seus familiares, parecendo fortalezas, querendo proteger a todos, tendo que tomar decisões difíceis (PEREIRA; DIAS, 2007).

Na comunicação do diagnóstico, já se estabelece uma dificuldade de diálogo com a família e o paciente, que se encontra sem perspectiva de cura. Nesse momento tão delicado, é comum ocultar informações precisas, sendo sustentados pela crença de que a notícia possa levar o indivíduo à depressão. Isso gera, em algumas situações, um agravamento da doença. Entretanto, esse manto de proteção pode encobrir dificuldades do profissional, podendo ter receio de que a notícia diminua a admiração que o paciente tem por ele, deixando-se levar pelo sofrimento, a dificuldade no diálogo entre médico e paciente terminal pode se relacionar ao temor do profissional de que o paciente ou seu familiar direcione sua raiva para ele, sendo originada de uma falha do profissional, ou advinda do deslocamento do sentimento de culpa deste (MENDES; LUSTONA; ANDRADE, 2009).

O médico é formado para tratar e diagnosticar doenças, mas, no que se refere aos cuidados paliativos, o foco é o doente, não a doença, tendo que examinar cui-

dadosamente seus conceitos, conhecendo seu limite do fazer, sabendo trabalhar em equipe. As demandas do paciente vão além do físico, devendo ser trabalhado o seu psicológico, social e espiritual (HERMES; LAMARCA, 2013).

De acordo com o manual dos cuidados paliativos, cada profissional tem seu papel reconhecido dentro da equipe. O médico tem uma função determinante, caso ele não aceite uma determinada situação, o trabalho da equipe pode ser comprometido. O manual aponta a principal atuação do médico em cuidados paliativos: a de coordenar a comunicação entre os demais profissionais envolvidos, visto que o paciente e a família sempre esperam ouvir informações sobre diagnóstico e prognóstico. É de extrema importância que o médico tenha uma boa comunicação com a equipe, para que todos adotem a mesma postura (HERMES; LAMARCA, 2013).

Domingues e outros autores (2013) relatam que não é fácil para o médico revelar ao paciente o diagnóstico de uma doença terminal, uma vez que não se sabe como esse indivíduo irá reagir, podendo dificultar o seu tratamento. Em alguns casos, o paciente tenta disfarçar, mas percebe que estão agindo de forma diferente, tanto a equipe de saúde, como sua família.

Vale ressaltar que, mesmo se tratando de uma doença incurável, é possível dar continuidade ao tratamento sem dar garantias de vida, atendendo as necessidades e desejos do paciente (DOMINGUES *et al.*, 2013).

O enfermeiro atuante em cuidados paliativos de pacientes com câncer precisa orientar tanto o paciente como a família, nos cuidados que devem ser tomados, dar esclarecimentos com relação à medicação e procedimentos que serão realizados. A enfermagem é uma das áreas de saúde que sofre mais desgaste emocional, uma vez que está em constante interação com paciente, acompanhando seus vários momentos de internação, sua dor e a morte do ser cuidado (HERMES; LAMARCA, 2013).

Segundo Hermes e Lamarca (2013), o assistente social executa um importante papel em cuidados paliativos: o de informar a equipe sobre o paciente do ponto de vista biológico, suas condições, para que a equipe se planeje para o tratamento do paciente, sendo um elo entre paciente, família e equipe, conhecer a situação socioeconômica do paciente, os serviços disponíveis, as redes de suporte e canais para atender, a demanda dos usuários são outras atribuições do assistente social.

Para Angerami, (2010), a psicologia no hospital trabalha principalmente para minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização tanto no paciente como no seu familiar, sabendo que a atuação do psicólogo no contexto hospitalar não é igual aos atendimentos realizados na clínica, principalmente se esse ambiente for uma enfermaria de hospital, onde o psicólogo precisa lidar com as variáveis existentes, sendo interrompido algumas vezes pelos procedimentos necessários: medicações injetáveis, medicamentos com horários controlados, higienização do paciente e do local, entre outros. Ainda, segundo o autor, diferentemente do paciente que procura um processo psicoterápico, o indivíduo que se encontra internado recebe o atendimento em seu próprio leito, desconhecendo muitas vezes a atuação do psicólogo no hospital (ANGERAMI, 2010).

Dessa forma, é muito importante que o psicólogo entenda os limites de sua atuação para não se tornar também mais um dos elementos invasivos que agri-

dem o processo de hospitalização e que permeiam largamente a instituição hospitalar (ANGERAMI, 2010, p. 12).

Conforme Angerami (2010), mesmo que o paciente precise de atendimento psicológico, ele também pode se negar, sendo necessário deixá-lo à vontade para aceitar ou não esse serviço. As contribuições do psicólogo no hospital são determinantes para identificar a existência de alterações psicológicas nos pacientes, reafirmando assim a importância do seu papel na equipe de saúde no âmbito hospitalar.

É importante ressaltar, tendo em vista os impactos causados na família pelo diagnóstico de uma doença sem possibilidade terapêutica de cura, como se processa a atuação do psicólogo diante dessa demanda que envolve não só o paciente, mas toda a equipe multiprofissional que trabalha com cuidados paliativos. Apesar da escassez desses serviços em nosso país, sabemos que existem iniciativas isoladas de profissionais com especializações nessa área que praticam a medicina paliativa, porém falta investimento do poder público, políticas públicas e leis que tornem essa área uma especialidade nos cursos de graduação para que os profissionais sejam capacitados para lidar com o paciente nessa fase da vida.

Foram encontradas poucas pesquisas que falam sobre a relevância desse profissional como integrante dessa equipe no hospital, sendo ele figura indispensável junto ao paciente, família e equipe na hospitalização, tratamento e processo de finitude. Esse estudo se faz importante porque evidencia o trabalho do psicólogo na medicina paliativa, uma vez que a literatura encontrada durante as pesquisas é produzida por profissionais da área de enfermagem, medicina, fisioterapia, entre outros, deixando a desejar em trabalhos produzidos por psicólogos.

No que tange os impactos causados à família que cuida, foi possível verificar nos artigos, conforme Pereira e Dias (2007), que ela passa por sofrimento e angústia com a possível perda de um ente querido, demonstrando que são fortes diante da situação, trazendo consigo a responsabilidade de enfrentar as dificuldades. Para Valduga e Hotch (2012), o familiar que cuida renuncia sua vida, para se dedicar ao outro, necessitando assim de uma atenção especial do profissional da psicologia, tendo em vista que esse familiar sofre grande abalo emocional.

Domingues e outros autores (2013), reforça que a participação do psicólogo é relevante frente à família e ao paciente. Rezende, Gomes e Machado (2014) pontuam que o psicólogo irá apoiar, acolher e tentar compreender as demandas do paciente, sua família e todos os envolvidos nesse processo de hospitalização, auxiliando nas angústias e incertezas.

O psicólogo que trabalha na equipe de cuidados paliativos necessita estar em terapia, buscando trabalhar suas questões relativas a sentimentos e emoções para que possa atuar de maneira adequada junto ao paciente (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

6 CONCLUSÃO

Diante do exposto, vale ressaltar que é de extrema importância a atuação do profissional de psicologia frente aos cuidados paliativos, bem como integrante da

equipe multidisciplinar, uma vez que o diagnóstico de uma doença terminal pode desencadear no indivíduo um inevitável sofrimento psíquico.

O psicólogo irá intervir dentro da equipe, facilitando a comunicação entre paciente, família e equipe de saúde, buscando aliviar o sofrimento de todos os envolvidos no processo, diminuindo os agentes estressores que causam dor e angústia diante das mudanças provocadas pelo tratamento, alterando a rotina diária não só dos pacientes, mas também de seus familiares. O psicólogo é o profissional que vai oferecer ao paciente, familiar cuidador e equipe de saúde uma escuta diferenciada, amparando, compreendendo e orientando-os com relação às mudanças de comportamento apresentadas, interpretando silêncios, renovando os laços familiares, ressignificando a experiência do adoecer e do morrer, buscando a qualidade de vida do paciente em sua finitude.

REFERÊNCIAS

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Cuidados paliativos no Brasil**. Disponível em: <<http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

ALMEIDA, E.J. *et al.* Dor e perda: análise do processo do luto, 2015, **Revista de psicologia da Imed**, p.15-22. Disponível em: <[file:///C:/Users/Downloads/Dialnet-PainAndLoss-5155064%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Downloads/Dialnet-PainAndLoss-5155064%20(1).pdf)>. Acesso em: 10 set. 2017.

ANS – Agência Nacional de Saúde, **Promove Curso sobre Cuidados Paliativos**, 2016, Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3555-ans-promove-curso-sobre-cuidados-paliativos>>. Acesso em: 10 set. 2017.

ANGERAMI, V.A. *et al.* Psicologia hospitalar: teoria e prática. In: **O psicólogo no hospital**. 2.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

BRASIL. **Constituição República Federativa, 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 11 set. 2017.

BRASIL. **Lei nº 12.732/2012**, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03_ato2011-2014/2012/lei12732.htm>. Acesso em: 11 set. 2017.

BUSHATSKY, M. *et al.* Cuidados paliativos em pacientes fora de possibilidade terapêutica. **Revista BIOETHIKOS**. Centro Universitário São Camilo, p.399-408, 2012. Disponível em: <<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/87/A6.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2017.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.156/2016**: Conselho define critérios para melhorar fluxo de atendimento médico em UTIs. 2016.

Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26557:2016-11-17-13-28-46&catid=3>. Acesso em: 12 abr. 2018.

COSTA, A.M; SILVA, V.V. Estratégias nanotecnológicas para diagnóstico e tratamento do câncer. **RESMA** – Revista Saúde e Meio Ambiente-, Três Lagoas, v.5, n.2, p.1-13, ago-dez. 2017. Disponível em: <http://seer.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/4137/pdf_23>. Acesso em: 27 jan. 2018.

COSTA. S.F.G. et al. **Eutanásia, distanásia e ortotanásia**: revisão integrativa da literatura, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, 2013. p.2733- 2746.

CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução 429**. 2013. Disponível em: <<http://www.crefito2.gov.br/legislacao/resolucoes-coffito/resolucao-429--de-08-de-julho-de-2013-1670.html>>. Acesso em: 3 mar. 2018.

DOMINGUES, G.R *et al.* A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v.11, n.1, p.2-24, jan. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n1/v11n1a02.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2017.

HERMES, H.R; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem partir das categorias profissionais de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p.2.577-2.588, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

INCA – Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. **O que é câncer**. 1996. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>>. Acesso em: 4 maio de 2018.

KOVÁCS. M.J, A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Rev. Bioét.**, Brasília, v.22, n.1, p.1-12, 2014.

LIMA. C.A.S, Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos, **Rev. Soc. Bras.Clin Med.**, São Paulo, p.14-17, 2015.

MENDES. J.A; LUSTONA, M.A; ANDRADE, M.C.M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.151-173, 2009.

PEREIRA, L.L.; DIAS, A.C.G. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. **Revista Psico**, PUCRS, Porto Alegre, v.38, n.1, p.55-65, 2007. Disponível em: <[file:///C:/Users//Downloads/Dialnet-OFamiliarCuidadorDoPacienteTerminal-5161511%20\(3\).pdf](file:///C:/Users//Downloads/Dialnet-OFamiliarCuidadorDoPacienteTerminal-5161511%20(3).pdf)>. Acesso em: 3 set. 2017.

PL – **Projeto de Lei 5559/2016**, 2016. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2087978>>. Acesso em: 3 mar. 2018.

PL – **Projeto de Lei 6715/2009**, 2009. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=465323>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

REZENDE, L.C.S.; GOMES, C.S.; MACHADO, M.E.C. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. **Revista Psicologia e Saúde**, Belo Horizonte - MG, v.6, n.1, p. 28-36, jan-jun. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v6n1/v6n1a05.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2017.

ROSS. K.E. primeiro estágio. In: **Sobre a morte e o morrer**. 10.ed. São Paulo: WMF fontes, 2017. P.43-117.

VALDUGA, E.Q.; HOTCH, V.A. Um olhar sobre os familiares cuidadores de pacientes terminais. **Unoesc e Ciências**, Joaçaba, v.3, n.1, p. 15- 32, 2012. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/1537.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2017.

VIEIRA. R.W.; GOLDIN, J.R. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. **Acta paul enferm.**, p.335-339, 2012.

Data do recebimento: 6 de Maio de 201

Data da avaliação: 1 de Junho 2018

Data de aceite: 8 de Agosto de 2018

1 Acadêmicas do Curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes de Alagoas – UNIT/AL.

E-mail: thaysemmanuele@hotmail.com

2 Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes de Alagoas – UNIT/AL.

E-mail: thaysemmanuele@hotmail.com

3 Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes de Alagoas – UNIT/AL.

E-mail: thaysemmanuele@hotmail.com

