

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
YASMIM MARQUES BRINCK DE SOUSA**

**A IMPORTÂNCIA DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NO
CUIDADO COM O PACIENTE PALIATIVO**

UBERABA – MG

2022

YASMIM MARQUES BRINCK DE SOUSA

**A IMPORTÂNCIA DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NO
CUIDADO COM O PACIENTE PALIATIVO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade de Uberaba como parte das exigências
para a conclusão Curso de Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Helena Borges Ferreira

UBERABA – MG	1
INTRODUÇÃO	4
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
1. CUIDADOS PALIATIVOS	7
2. QUALIDADE DE VIDA E O PACIENTE PALIATIVO	9
3. O PSICOLOGO HOSPITALAR E OS CUIDADOS PALIATIVOS	10
CONCLUSÃO	12
REFERÊNCIAS	14

2022

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho amplia o horizonte sobre as possibilidades, valorização e acolhimento tanto do paciente paliativo como para a sua família. Falar sobre este paciente é como se tocássemos em uma ferida, causa dor e muito incômodo, pois, vinculado a ele existem os tabus enraizados sobre a morte, perda da autonomia, desmembramento familiar entre muitas outras questões. Em meio ao cenário frio da medicina tecnológica, Pessini (2002, *apud* PORTO; LUSTOSA, 2010) diz ser possível e adequado para a humanização se constituir, sobretudo, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível.

A contribuição da psicologia no contexto da saúde, notadamente no âmbito hospitalar, foi de extrema importância nestes últimos anos para resgatar o ser humano para além de sua dimensão físico-biológica e situá-lo num contexto maior de sentido e significado nas suas dimensões psíquica, social e espiritual (PESSINI & BERTACHINI, 2004 *apud* PORTO; LUSTOSA, 2010, p. 89).

Cabe ao psicólogo e toda equipe multidisciplinar proporcionar a esses pacientes cuidados que visam acolher, dar condições, além de preservar ao máximo a autonomia funcional do paciente não o limitando somente a patologia, e preservando a presença familiar. Segundo Esslinger (2004, *apud* PORTO; LUSTOSA, 2010, p. 90),

as pessoas próximas da morte necessitam de alguém que possa estar com elas na dor, criando um espaço para que suas dúvidas, angústias, anseios e também as esperanças possam ser ouvidas e acolhidas, o que chama de morte anunciada. A autora considera a morte anunciada, uma forma de o paciente ter a chance de, quando apoiado, traduzir e dar um significado para a experiência da morte ou, resignificar a própria vida.

A morte tem sido um processo que vem sendo discutido ao longo de nossa história trazendo consigo a necessidade de desvendar todos os seus mistérios durante e a após a vida para conceituá-la. Algo extremamente natural quando visto do olhar biológico, mas com vários significados aplicados ao decorrer da história em diferentes culturas podendo perceber suas modificações ao longo do tempo.

De acordo com Maranhão (1987), antigamente, a morte era mais próxima da esfera familiar. O moribundo passava seus últimos momentos em casa, perto das pessoas que amava, tendo direito de realizar os últimos desejos e se redimir de seus erros e desavenças. Já na contemporaneidade boa parte da população nasce e morre nos hospitais, o que torna muitas vezes a morte invisível.

Culturalmente, a doença ainda é vista como um castigo para o indivíduo e a morte algo horrível que lhe rouba o direito de viver. Desconstruir estes conceitos é uma tarefa árdua, pois a doença e a morte são processos naturais que finalizam ciclos, se fazendo

necessária para muitas das vezes o descanso após um longo período de sofrimento. De qualquer forma o paciente doente entra em contato com diversos sentimentos como: fragilidade, finitude, e o coloca frente à dor de um longo tratamento percebendo-se enquanto ser mortal.

Os cuidados paliativos ainda hoje são recentes no Brasil, tendo início no ano de 1980. Em 2002, a OMS definiu, pela última vez, os Cuidados Paliativos como:

Uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, como a dor, mas também psicossociais e espirituais (Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP], 2006, p. 2).

Estes cuidados pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, visto que o plano é cuidar do paciente nos aspectos físicos, mental e social.

É necessário humanizar a dor do outro, falar, mas também ouvir, ser compreendido, saber compreender, humanizar significa valorizar este diálogo. A preocupação com a humanização hospitalar tem como meta principal a dignidade, respeito e garantia de direitos colocando em primeiro plano o ser humano e a sua liberdade de escolha levando em conta fatores que devem ser considerados entre o doente e toda a equipe de saúde.

A fase final da vida torna-se um problema médico, com habilidades e conhecimentos técnicos, relacionados à biologia, fisiologia e emocionais. No entanto, com esse prolongamento da vida e o chamado processo de morte (CHIBA, 2008), os profissionais de saúde começam a perceber que mesmo não havendo cura, existe uma forma de cuidado que valoriza a qualidade de vida. O paciente e a família compartilham esse processo e abordagem nos últimos momentos de vida denominados cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos requerem uma abordagem interdisciplinar baseada no princípio de que seu objetivo é controlar os sintomas físicos, mentais, espirituais e sociais que afligem o ser humano em sua finitude. Atitudes como essas, em última análise, exigem que as equipes de saúde mudem seu foco de tratar para cuidar dos doentes. A questão central passa a ser uma morte digna (PESSINI, 2002).

Pessini (2006) acrescenta que a dor e o sofrimento precisam de prioridade na hierarquia do cuidado do sistema de saúde, sendo que cuidado significa apoio à condição

do outro, e constitui-se numa afirmação do interesse em seu bem estar e do compromisso de fazer o possível para amenizar tal situação. Cuidar do outro é dar a ele “tempo”, atenção ou algo que possa contribuir para tornar a situação menos penosa e desumana. Portanto, o cuidar deve ter prioridade sobre a cura.

Diante da condição, tanto a mente quanto o corpo tornam-se vulneráveis quando hospitalizados, portanto, a prática dos profissionais de psicologia hospitalar requer uma compreensão maior e mais abrangente do que está disponível. Como parte de uma equipe multiprofissional em cuidados paliativos, segundo Franco (2008), a psicologia hospitalar contribui em uma série de atividades baseadas em conhecimentos gerados a partir do âmbito psíquico e experiências e expressões adquiridas através do corpo. O autor ressalta que o papel psicológico nos cuidados paliativos não se limita aos pacientes nas últimas fases da vida, mas também deve incluir a família como componente inexplicável da unidade de cuidado, mesmo que sua especificidade deva ser observada.

Para que o trabalho seja eficaz, o profissional da Psicologia deve primeiramente estabelecer um vínculo com o paciente. Além disso, precisa identificar o que o paciente sabe e o que quer saber sobre a doença e sobre sua situação real. O psicólogo ajuda na compreensão da relação entre o paciente e o fato ocorrido, possibilita a percepção dos sentimentos que surgem junto com as dúvidas e incertezas durante o tratamento. Nesse sentido, Torres (1999) salientam que o psicólogo "pode auxiliar o paciente e sua família no conhecimento de possíveis tratamentos..., desmistificando a doença" (p. 2). Dando sequência a esta visão de cuidados, a psicologia propõe atuar juntamente com a equipe multiprofissional. Mantendo a integridade em suas relações e criando meios que permitam a comunicação e a troca de conhecimento.

A psicologia se posiciona entre o profissionalismo e o cuidado, fazendo o que Franco (2008) chama de tradução entre as duas culturas. O papel desse profissional é determinar os meios de comunicação entre o paciente, a família e a unidade de cuidado com o objetivo de promover uma boa adesão aos cuidados. Nesse sentido, Mermann (apud ESSLINGER, 2004) diz que aprender a cuidar de quem está sofrendo e morrendo é como aprender a amar.

Trata-se de permitir que o paciente enfrente essa situação e redescubra o sentido do momento vivido por ele. A doença e a morte possuem esse propósito. Cabe ao psicólogo e a toda a equipe de cuidados paliativos tentar decifrá-los, por meio de cuidados voltados ao acolhimento, à preservação e condições físicas e mentais, espirituais e sociais, além de preservar a autonomia do paciente (FIGUEIREDO; BIFULCO, 2008).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos são cuidados que têm como prioridade acalmar temporariamente um mal causado pela descoberta de uma doença. Contudo, a medicina usa o termo como conjunto de práticas assistencialistas oferecidas aos pacientes com a diminuição do sofrimento decorrente de alguma doença grave ou incurável. Os cuidados paliativos tornaram-se oficialmente uma prática distinta na área da saúde no Reino Unido na década de 1960, com Cicely Saunders como sua iniciadora.

Este trabalho se fundamenta em princípios em que a família também é acolhida após a morte e no período de luto. Estes cuidados diferenciam-se da medicina curativa por possuir um cuidado integral, em que pode beneficiar qualquer paciente que estejam ou não lidando com o fim de suas vidas, podendo ser realizado em casa, no hospital ou em qualquer outro lugar em que o paciente se sinta mais aconchegado (DU BOULAY, 2007).

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, reconheceu e recomendou pela primeira vez os conceitos e princípios dos cuidados paliativos para 90 países. Essa definição foi originalmente voltada para pacientes com câncer, preconizando o cuidado integral e visando os cuidados de fim de vida. Junto com prevenção, diagnóstico e tratamento, são agora considerados um dos pilares fundamentais dos pacientes com câncer. Os principais canais de assistência em cuidados paliativos são: prevenção e controle de sintomas; intervenções psicológicas e espirituais; paciente e família como unidade de cuidado; autonomia e independência, comunicação e trabalho em equipe multidisciplinar.

No que diz respeito à prevenção e controle de sintomas, De Simone e Tripodoro destacam a importância de tratar a definição de sintomas como tudo o que um paciente avalia como um problema. O conceito de qualquer sintoma é essencial para enfatizar características individuais e subjetivas, como fatores biológicos, afetivos, cognitivos, comportamentais, sociais e culturais na identificação, interpretação e expressão de quaisquer sintomas apresentados pelo paciente. Autonomia, independência e comunicação são aspectos importantes. A comunicação aberta e positiva deve ser buscada no processo de construção de confiança e relacionamentos com pacientes e familiares.

Um trabalho efetivo precisa ser feito em equipes interdisciplinares para melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares.

Seu objetivo nesses cuidados centra na qualidade e não na duração da vida, possibilitando que a paciente viva melhor a cada dia incluindo as investigações para melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença. É necessário humanizar a dor do outro, falar, mas também ouvir, ser compreendido, mas também saber compreender, humanizar significa valorizar este dialogo. A preocupação com a humanização hospitalar tem como meta principal a dignidade, respeito e garantia de direitos colocando em primeiro plano o ser humano e a sua liberdade de escolha levando em conta fatores que devem ser considerados entre o doente e toda a equipe de saúde (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

É necessário a compreensão dos fenômenos biológicos, mas não pode se deixar de lado os pensamentos, sentimentos, reflexões e reações da pessoa perante o que está passando, ou seja, o processo de morte, sendo assim os profissionais precisam estar presentes por inteiro, sem medo, para que assim o paciente tenha o melhor o cuidado possível (CHIBA, 2008).

Por isso, o atendimento a estes doentes estende-se até o âmbito psicológico, social e religioso, atingindo o íntimo de cada um deles. Cuidar do outro é dar a ele “tempo”, atenção ou algo que possa contribuir para tornar a situação menos penosa e desumana. Portanto, o cuidar deve ter prioridade sobre a cura. Diante da condição de enfermo, quando hospitalizado passa a ser de fragilidade física e psicológica, por isso a pratica do profissional de psicologia hospitalar requer uma compreensão maior e mais abrangente sobre existir (JUVER, 2009).

Os reais encantos destas técnicas assistencialistas se encontram na valorização do ser humano na sua totalidade. O cuidado em se compreender o momento delicado em que o paciente se encontra precisa ser evidenciado e faz a total diferença nestes momentos onde todos os sentimentos estão à flor da pele, angustia, busca por compreensão e a desmistificação traz a morte como um combo que pesa. Ser visto, ouvido e valorizado traz acolhimento para aquele que está em processo de sofrimento. Os cuidados paliativos não trás garantias de que o paciente vá aceitar o processo em que vive, mas garante que a finitude de sua vida chegue de forma respeitosa, digna e com condições de que o mesmo esteja em paz respeitando suas vontades (possíveis ao tratamento) realizadas, já que muitas das vezes este paciente perde a sua autonomia, identidade e voz.

2. QUALIDADE DE VIDA E O PACIENTE PALIATIVO

A importância das questões relacionadas à qualidade de vida se origina de um movimento de dentro das ciências humanas e biológicas com o objetivo da valorização de parâmetros mais amplos do que os sintomas de controle, a redução da mortalidade ou aumento de vida. Assim, qualidade de vida é abordada por alguns autores como um sinônimo de saúde, e por outros um conceito mais amplo, no qual as condições de vida seriam um dos aspectos a serem considerados (FLECK *et al*, 1999).

Devido à sua complexidade e seu uso em diferentes campos de estudo, como explica Farquhar (1995), a ausência de conceitual é notável. Suas definições na literatura especializada são apresentadas de forma ampla, enfatizando a satisfação geral com a vida, e divididas em componentes, que juntos se aproximam do conceito geral. A forma como é abordado e os indicadores estão diretamente relacionados aos interesses científicos e políticos de estudo e campo de investigação, bem como às possibilidades de operacionalização e avaliação.

Para a OMS (2012) a definição de qualidade de vida é subjetiva levando em consideração a percepção de cada indivíduo considerando o contexto cultural e de valores o qual está inserido, assim como a relação de suas metas, expectativas, padrões e preocupações. Considerando essa ideia de qualidade de vida é possível perceber com existe uma influência da saúde física e mental, como o nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características inerentes ao respectivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual. Em resumo, a qualidade de vida está ligada a satisfação que o sujeito tem relação a sua vida atual.

O primeiro contato do paciente ao enxergar esse novo processo é caracterizado pela percepção individual e sua posição na vida, no contexto cultural e de valores, e como eles se relacionam com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Estar bem se trata de uma percepção objetiva ou subjetiva de melhora da função psicológica, da saúde física, dos sintomas ou ao seu tratamento.

Segundo Moraes (2002), o homem não tende a encarar abertamente seu fim de vida na Terra; só eventualmente e com certo temor é que lançará um olhar sobre a possibilidade de sua própria morte. Uma dessas ocasiões é a consciência de que sua vida está ameaçada por uma doença. O paciente paliativo traz em si a consciência da possibilidade de morte. Essa ideia vem acompanhada de angústia e temores que perpassam o desenrolar do tratamento.

Segundo Kovács (1992), o medo é a resposta psicológica mais comum diante a possibilidade da morte. O medo de morrer é comum e atinge todos os seres humanos. Murphy (*apud* KOVÁCS, 1992) relaciona várias facetas do medo da morte com atitudes das pessoas diante dela. O medo da morte pode conter o medo da solidão, da separação de quem se ama o medo do desconhecido, o medo da interrupção de planos e sonhos, o medo do que pode acontecer aos que ficam, e, numa visão espiritual, medo do julgamento de seus atos em vida.

Cada pessoa teme mais de um aspecto da morte, e isso depende de aspectos intrínsecos ao indivíduo que a enfrenta, seja ele quem esteja morrendo ou uma pessoa querida (KOVÁCS, 1992). Ser paciente terminal evidencia que a debilidade orgânica inerente à doença traz consigo, além dos aspectos físicos, todos os preconceitos de uma sociedade na qual a terminalidade afronta a negação da morte, mostrando que todos são finitos (BROMBERG, 1998; VENDRUSCOLO, 2005).

No caso do acometimento por uma doença que ameace a continuidade da vida, não se perde só a saúde, mas também, mas uma vida de papéis exercidos nos contextos profissional, social, afetivo e econômico. De acordo com Kovacs, as perdas e suas elaborações fazem parte do cotidiano, já que ocorrem em todos os momentos do desenvolvimento humano e, embora sejam experiências universais, são vividas de forma particular por cada indivíduo.

Portanto, o impacto da perda da saúde e da previsibilidade da vida é vivido por cada pessoa e por cada família, de maneira individual. A partir de um diagnóstico de doença tanto a família quanto o paciente se deparam com rupturas, limitações e privações. Segundo Bromberg (1998), requer também atenção especial a consciência que o paciente tem sobre o prognóstico, e dessa forma, a tentativa que faz para dar um sentido ao que lhe resta de vida. A ansiedade diante da morte é uma vivência de ansiedades anteriores, relacionadas a perdas e quebras de vínculos, e não pode ser subestimada, já que leva o paciente a encarar as ameaças da imprevisibilidade, propiciando assim o desenvolvimento de recursos de enfrentamento.

3. O PSICOLOGO HOSPITALAR E OS CUIDADOS PALIATIVOS

Ao longo de nossas vidas, deparamo-nos com inúmeras perdas, podendo passar por elas ilesos dessa vivência, no entanto, algumas nos são caras e significativas, mobilizando sentimentos conflitantes e dolorosos. Quando se fala em perdas não se refere somente à morte, mas perdas psíquicas, físicas, materiais, entre outras. Autores como

Fonseca e Parkes citam vários tipos de perdas, como a separação entre as pessoas vivas, a doença como parte da pessoa que morre, o próprio desenvolvimento humano como formas de evolução e morte, a morte psíquica, as amputações, a perda de uma casa, entre outras tantas possibilidades. Sabemos da vulnerabilidade humana e que existe adoecimento e fragilidade, contudo, somos forçados a olhar para o que é temido quando acontece por perto. 7

O profissional da psicologia perante a terminalidade humana tem como objetivo a qualidade de vida desse indivíduo, amenizando os sintomas de sofrimento, ansiedade e depressão perante esse fim. Segundo Rodriguea, Cazeta e Ligeiro (2015) o papel desse profissional em quanto equipe de saúde é de orientação e mediação de reflexões e emoções, mas também mostrar o valor do seu trabalho e limites. O profissional de psicologia auxiliará também esses profissionais a lidarem com a terminalidade dos pacientes, a terem mais compreensão com a família e com o processo de cuidado para que, assim, a equipe trabalhe junto e os serviços de cuidados paliativos ocorram alcançando seus objetivos.

O papel do psicólogo é importante tanto na prevenção quanto nas diferentes etapas do tratamento. Pode ajudar familiares e pacientes a romper o silêncio e falar sobre a doença fornecendo-lhes as informações necessários para o tratamento, o que a família muitas vezes nega, pois considera melhor manter o paciente desinformado. A posição dessa família ficou conhecida como cuidados paliativos como conspiração do silêncio. Assim, o psicólogo auxilia o paciente e sua família a falar sobre o problema favorecendo o desenvolvimento de um processo de trabalho que auxiliará o paciente no enfrentamento da doença erigindo experiências de adoecimento, processo de morte e luto.

De acordo com Hermes e Lamarca (2013), a atuação do psicólogo com pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras à vida tem como objetivo elevar a qualidade de vida do enfermo e de seus familiares, facilitando a comunicação tanto do paciente consigo mesmo quanto com sua família e equipe médica, evitando que o mesmo se sinta sozinho e desamparado enquanto enfrenta este período tão desafiador de sua existência. Além disso, tal atuação visa promover o entendimento dos sentimentos suscitados nos pacientes diante da finitude, aproximando-os de relações com as quais eles se identificam e que os confortam, auxiliando-os no cuidar.

A atuação do psicólogo em cuidados paliativos consiste nos transtornos psíquicos que geram estresse, depressão, sofrimento, ao fornecer suporte emocional à família, o que

lhes permite conhecer e compreender o processo da a doença em sua singularidade além buscar que o paciente tenha sua autonomia respeitada (NUNES, 2009).

Ferreira (2011) ressalta que o psicólogo deve ter a percepção religiosa embasada que envolve o paciente, como alternativa para fortalecer o suporte emocional, permitindo que ele compreenda a realidade de sua vida, seu sofrimento e seus o que é considerado por alguns autores como a psicologia da religião. A escuta e acolhimento são ferramentas essenciais no trabalho psicológico para conhecer a real solicitação do paciente, e ter boa comunicação interpessoal, seja verbal ou não, estabelecendo assim uma relação de confiança com o paciente.

Santos (2000) sugere, para essa fase do atendimento psicológico, o ensino de novas habilidades de controle e manejo da dor e do estresse, o treinamento de familiares para ajudar o paciente a expressar suas necessidades e pensamentos, a motivação dos familiares no cuidado progressivo que favorece o processo de luto, o aumento dentro do possível de atividades agradáveis e apoio comunitário que favoreçam os cuidados domiciliares.

CONCLUSÃO

A partir das buscas realizadas sobre a atuação do psicólogo hospitalar em cuidados paliativos, percebemos que não somente o paciente como toda a sua família e envolvidos passaram a ser assistidos na expectativa da diminuição do sofrimento, sendo acolhidos durante, após a morte e no processo de luto. Acolhendo qualquer pessoa que esteja lidando com a finitude de forma menos dolorosa e mais aconchegante. Tais caminhos para estes cuidados baseiam se em caráter individual e subjetivo. Por este motivo, existe um cuidado ao cuidar do paciente e todos a sua volta, pois quando hospitalizado o mesmo se fragiliza fisicamente e psicologicamente se perdendo de si.

Definir o que será a qualidade de vida do paciente vai depender da sua percepção sobre a sua posição na vida, baseando em valores, cultura e expectativas. Não se ter o controle sobre a sua vida trará angustia e medo. O profissional de psicologia buscara então em seus saberes abrandar a dor deste processo.

O profissional de psicologia facilitou e promoveu a comunicação entre a família e a equipe multiprofissional, favorecendo o diálogo e a resolução de conflitos existentes no sistema familiar, o que possibilitou a reaproximação entre o paciente e seus pares diante da doença, priorizando a diminuição do sofrimento, alívio dos sintomas e vivência do luto antecipatório.

A prática do psicólogo hospitalar por ainda ser muito recente encontra muitas barreiras em relação à equipe de profissionais dificultando o desenvolver de um trabalho satisfatório. O psicólogo ainda em posição acadêmica transita de forma superficial sobre este tema sendo pouco discutido o impacto psicológico dessas doenças na vida do ser humano descreditando do trabalho da psicologia. Com o interesse de profissionais por essa área ficam perceptíveis os pontos positivos deste trabalho na escuta, elaboração de demandas e acolhimento visando que o paciente se perceba presente em todos os estágios de sua vida.

REFERÊNCIAS

BERTHOUD, C. M. E.; BROMBERG, M. H. P. F.; COELHO, M. R. M.. **Ensaio sobre formação e rompimento de vínculos afetivos**. Cabral Editorial, 1998.

BROMBERG, M. H. P. F. Ser paciente terminal: a despedida anunciada. **Ensaio sobre a formação e rompimento de vínculos afetivos**, p. 69-98, 2006.

Carvalho (Org.), Introdução à Psiconcologia. (pp. 57-64). Campinas: Livro Pleno.

Chiba, T. Cuidados paliativos. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2008.

DU BOULAY, S.; WAGG, L.; BOWNESS, C.. **Changing the face of death: the story of Cicely Saunders**. Religious and Moral Education Press, 2007.

ESSLINGER, I.. **De quem é a vida, afinal?--descortinando os cenários da morte no hospital**. Edicoes Loyola, 2004.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of advanced nursing**, v. 22, n. 3, p. 502-508, 1995.

FERREIRA, A. P. Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 2, p. 85-98, 2011.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A.. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000900012.n>

FONSECA, J.P.. Luto antecipatório. **Campinas: Editora Livro Pleno**, 2004.

JUVER, J.; RIBA, J. P. Equipe multidisciplinar em cuidados paliativos. **Rev Prática Hospitalar**, v. 62, n. 11, p. 135-137, 2009.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. Casa do Psicólogo, 1992.

KOVACS, M. J. **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: FAPESP e Casa do Psicólogo, 2003.

MORAES, M. C. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. **MMMJ Carvalho, Introdução à Psiconcologia**, p. 57-64, 2002.

NUNES, L. V. Papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos. **IN: ANCP. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.**

OMS. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Genève: OMS, 2012.

PARKES, C. M. **Luto estudos sobre a perda na vida adulta.** Summus editorial, 1998.

Pessini, L.; Bertachini, L. **Humanização e Cuidados Paliativos** São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, 2009.

Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.33, n.2, p.198-205, 1999.

RODRIGUEA, L. A.; CAZETA, F. L.; LIGEIRO, F. Autonomia do paciente em cuidados paliativos e a intervenção do psicólogo: um olhar bioético. **CuidArte, Enferm**, p. 131-141, 2015.

SANTOS, A. R. R. (2000). Psicologia pediátrica em um hospital-escola. Em R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação A ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (pp. 139-147). Santo André: Arbytes.

SCHMIDT, B.; GABARRA, L. M. ; GONÇALVES, J. R.. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 21, p. 423-430, 2011.

SIMONE, G.; TRIPODORO, V.. Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas. **Buenos Aires. Febrero, 2004..**