

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
IGOR DOS SANTOS HERMENEGILDO**

**PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS UMA REVISÃO LITERARIA
HUMANISTA**

UBERABA - MG
2022

**UNIVERSIDADE DE UBERABA
IGOR DOS SANTOS HERMENEGILDO**

**PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS UMA REVISÃO LITERÁRIA
HUMANISTA**

Trabalho apresentado à
Universidade de Uberaba, como
parte das exigências para
conclusão do curso de Psicologia.
Sob orientação da Professora
Mestre Helena Borges Ferreira

UBERABA - MG
2022

RESUMO

HERMENEGILDO, Igor dos Santos. **Psicologia e Cuidados Paliativos uma revisão literária humanista**. Uberaba/MG, 2022. Monografia. .17.p. Trabalho de conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) Universidade de Uberaba. Orientadora: Helena Borges Ferreira

O referido estudo teve por finalidade enfatizar a contribuição da assistência psicológica a pacientes incuráveis, propõe princípios que orientam a forma como os cuidados paliativos são realizados e, por fim, aponta para a relevância da profissão de psicólogo nesse contexto. Para alcançar esse objetivo foi realizada a revisão sistemática da literatura, utilizando-se as bases de dados SCIELO, livros, entre outros sites de artigos. Os cuidados paliativos visam humanizar o cuidado de pacientes para os quais uma doença específica não pode ser curada. O psicólogo trabalha para ajudar o paciente a compreender sua situação de vida atual, buscar confortar sua dor e, assim, aliviar a dor emocional, respeitar seu tempo e aceitar a finitude de sua vida. Concluiu-se que, na perspectiva dos cuidados paliativos, o cuidado deve prevalecer sobre o tratamento, pois a morte não pode ser evitada quando o diagnóstico de determinadas doenças é irreversível.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Doença. Psicólogo. Morte.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
1- CUIDADOS PALIATIVOS: HISTÓRICO	6
2- A TEORIA HUMANISTA E OS CUIDADOS PALIATIVOS	9
3- O AMBIENTE HOSPITALAR E OS CUIDADOS PALIATIVOS	12
CONCLUSÃO.....	14
REFERÊNCIAS	15

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da tecnologia médica trouxe muitos benefícios para a saúde das pessoas. Dentre eles, é importante destacar a obtenção de um diagnóstico preciso, bem como o tratamento precoce de doenças com prognóstico reservado. Essa melhoria tecnológica associado ao desenvolvimento de tratamentos resultou no aumento da prevalência de doenças crônicas e na sobrevida desses pacientes. O indivíduo vulnerável, por causa de sua doença, deixa de ser o centro do cuidado, mas é instrumentalizado para sustentar a vida (GARCIA; RODRIGUES; LIMA, 2014).

Nesse novo aspecto, nasceu os cuidados paliativos, que buscam o cuidado integral e multidisciplinar ao paciente até o final da vida para minimizar seu desconforto e dar suporte emocional e espiritual aos seus familiares. Conforme Silveira, Ciampone e Gutierrez (2014), os cuidados paliativos é uma filosofia cujo objetivo é proporcionar uma terapia organizada para aliviar o sofrimento do paciente por meio da identificação precoce, manejo adequado da dor e de outros problemas físicos, sintomas mentais e intelectuais propostos.

Os cuidados paliativos ocasionaram mudanças no papel dos profissionais da saúde, devido ao acréscimo do papel de cuidar do processo de morte. Cabe destacar que o desenvolvimento dos profissionais de saúde sempre foi biologicamente focado, tecnologicamente orientado e intimamente ligado aos atuais modelos de atenção à saúde. Sua prática é prioritariamente individualizada e baseada em intervenções descentralizadas de um mesmo paciente por diferentes profissionais, a fim de prestar o maior número possível de serviços de saúde à população (SANTOS *et al*, 2014).

De acordo com Silva *et al* (2018) a falta de capacitação sobre o assunto acaba gerando insegurança e ineficiência na aplicação desses cuidados. Pesquisas mostram que trabalhar com esses pacientes requer treinamento especial, incluindo atualização constante sobre o tema. No entanto, a realidade atual mostra que a maioria dos profissionais de saúde não estão preparados para atender adequadamente essa população.

Ainda conforme os autores o conhecimento dos sintomas do paciente, o manejo da dor, a qualidade de vida e morte e as interações familiares nos estágios finais da vida são particularmente proeminentes entre as habilidades

específicas para realizar esse tipo de cuidado. Isso é fundamental para ajudar os pacientes a lidar com as limitações inerentes à sua doença.

Os autores Rezende, Gomes e Machado (2014) afirmam que a formação profissional inadequada acaba por levar a medidas frívolas para sustentar a vida. No que diz respeito ao Brasil, ainda há muitos desafios a serem superados, principalmente a questão da formação acadêmica do psicólogo, para integrar as equipes multiprofissionais. É necessário enfatizar o treinamento, buscando valorizar a autonomia e o desenvolvimento do paciente e a comunicação com os familiares e pacientes. Dessa forma, os tratamentos e exercícios desse cuidado tornam-se mais eficazes.

Este estudo justifica-se porque pesquisas mostram que o ambiente profissional associado a esse cuidado ainda está repleto de profissionais mal preparados e com formação inadequada para o manejo adequado dessa filosofia. A partir da averiguação do conhecimento profissional sobre cuidados paliativos, será possível identificar possíveis limites na aplicação desse cuidado, a fim de promover discussões e estimular o desenvolvimento de uma rede integrada em prol do cuidado interdisciplinar, sensível aos anseios e necessidades do paciente e da família nesses espaços de atenção. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos profissionais de saúde, destacando a atuação do psicólogo nos cuidados paliativos.

1- CUIDADOS PALIATIVOS: HISTÓRICO

Os cuidados paliativos surgiram como uma modalidade de tratamento com a ideia de melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que lidam com doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento físico, psicossocial e espiritual. Desta forma, ressalta-se a importância dos cuidados paliativos, prestados por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de aliviar e prevenir a dor e o sofrimento à medida que a doença progride, permitindo que os pacientes vivam até os últimos momentos do processo de morte e adeus à humanidade. A prestação desse tipo de cuidado facilita a consideração de um tratamento gradual e proporcional entre os benefícios buscados e os danos a serem evitados em cada estágio da doença.

Os cuidados paliativos foram introduzidos por sua fundadora, *Cicely Saunders*, no *Saint Christopher Hospice*, em Londres, na década de 1960, com

o objetivo principal de promover um medicamento terapêutico e fornece suporte digno a pacientes com doenças incuráveis ou terminais (SANTOS, 2011).

Ainda segundo o mesmo autor, na época, sua finalidade primordial era melhorar o fim da vida dos pacientes com câncer. A palavra “paliativo” vem do latim *pallium*, que significa cobertor, e refere-se a um sentimento de proteção, cuidado. O conceito de cuidados paliativos originou-se no movimento *hospice*, e a palavra *hospice* vem do latim *hospes*, que significa estranho, depois mestre. Por outro lado, a palavra *hospitalis* significa amigável. Dessa forma, o conceito de acolher estranhos evolui para o significado de hospitalidade.

Segundo Chaves et al (2011), essa ideia foi se consolidando gradativamente e se estendendo ao estágio avançado de outras doenças para se adaptar à diversidade de doenças e à idade dos pacientes, principalmente a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). A ideia de cuidados paliativos expandiu-se para o Canadá, Estados Unidos da América e para o resto da Europa no século XX. Vale ressaltar que, na década de 1980, os cuidados paliativos foram implantados na França para participação nos serviços geriátricos.

Foi nessa época (1982) que o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS), formou um grupo de trabalho com o objetivo de desenvolver uma política de alívio da dor e cuidados para pacientes com câncer como recomendação a todos os países. Devido às dificuldades na tradução correta e adequada do termo *hospice* em alguns idiomas, a OMS adotou o termo cuidados paliativos. Segundo os autores, o termo é usado no Canadá desde 1975 (CHAVES et al, 2011).

A Organização Mundial da Saúde publicou a primeira definição de cuidados paliativos em 1986, que foi revisada em 2002. Portanto, os cuidados paliativos são definidos como "cuidados ativos e integrais para pacientes com doenças progressivas e irreversíveis, potencialmente fatais, baseados no controle da dor e de outros sintomas, prevenindo e reduzindo o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual ". O objetivo primário do tratamento é aliviar os sintomas que afetam a qualidade de vida do paciente, e inclui a atuação integrada das áreas da saúde, como a medicina, enfermagem, psicologia, nutrição e assistência social. A OMS também define cuidados paliativos como uma abordagem destinada a melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que

enfrentam problemas causados por doenças intratáveis e/ou graves, apoiando a preparação e o término do tratamento (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Conforme os autores, em 2002, dois documentos importantes foram publicados pela OMS: *The Solid Facts of Palliative Care* e *Better Care of the Elderly*. Nestes documentos continuam recomendações para a implantação e implementação dos Cuidados Paliativos como estratégia de ação em sistemas nacionais de saúde. Entre 1999 e 2001, muitos países programaram suas ações ou iniciaram suas atividades em cuidados paliativos. No Brasil, observou-se também o surgimento de vários serviços neste mesmo período.

Segundo Santos (2011), no Brasil, apesar das iniciativas bem-sucedidas de implantação de cuidados paliativos em diversos centros e hospitais do país, as perspectivas de expansão são lentas e incipientes. Considerando que a situação demográfica e epidemiológica da população brasileira vem se modificando, faz-se necessário refletir sobre a importância da implantação e implementação dos cuidados paliativos, bem como a importância de ações que facilitem a efetiva transmissão e manutenção desses cuidados.

Para Kuchemann (2012), o Brasil é um país que envelhece rapidamente. A população idosa experimentou a maior taxa de crescimento populacional desde a década de 1940. Vale ressaltar que na década de 1950, a taxa de crescimento atingiu um valor superior a 3% ao ano, e de 1991 a 2000 atingiu 3,4%. Foi comparado o crescimento da população idosa com o crescimento da população geral em um intervalo de 25 anos (1980 a 2005), dando ao primeiro 126,3% e ao segundo apenas 55,3%. No mesmo período, a taxa de crescimento de pessoas com 80 anos ou mais foi superior à da população idosa total, com um aumento de 246,0%.

Embora o envelhecimento populacional seja um fenômeno mundial natural e irreversível, vale ressaltar que ele não ocorre de forma semelhante entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2010), enquanto no primeiro o envelhecimento ocorre de forma gradual e está associado à melhoria das condições gerais de vida dos cidadãos, no segundo o processo ocorre de forma muito rápida, não deixando tempo para a demanda dos serviços sociais e de saúde dos novos requisitos que surgem.

Assim, por um lado, o aumento da expectativa de vida significa uma mudança na cultura e uma melhoria nas condições de saúde e de vida. Por outro lado,

também levanta a possibilidade de que os idosos sejam acometidos por degenerações e doenças crônicas, tornando-os dependentes de alguém para o cuidado, levando à redução de sua autonomia (KUCHEMANN, 2012).

As doenças crônicas não transmissíveis são caracterizadas por uma série de doenças que, quando ocorrem ou no curso natural da doença, não trazem agentes infecciosos, mas podem levar ao desenvolvimento de incapacidade permanente. No Brasil, representam pelo menos dois terços de todas as causas de morte e destacam as doenças do aparelho circulatório e o câncer (CHAVES et al, 2011).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (Brasil, 2013) as doenças crônicas têm forte carga de morbidades relacionadas, pois são responsáveis por grande número de eventos hospitalares e também estão entre as principais causas de amputações e perda de mobilidade e outras funções neurológicas.

Pinto *et al* (2009), revelaram que pacientes intratáveis muitas vezes se acumulam em hospitais, recebem sistematicamente cuidados inadequados e quase sempre estressam as tentativas de recuperação, utilizando métodos invasivos e de alta para esse fim. Essas abordagens são inadequadas em muitos casos e exageradas e desnecessárias em outros, pois quase sempre não levam em conta o sofrimento dos pacientes e familiares e não podem ser tratadas devido à falta de conhecimento suficiente dos sintomas mais comuns.

Conforme Chaves et al (2011), para modificar esses parâmetros, os cuidados paliativos enfatizam a necessidade de diferenciar e focar no sofrimento de pacientes intratáveis que podem morrer no curso natural da doença e chamam a atenção para a falta de respostas. Pinto et al (2009), ressalta que a especificidade dos serviços de saúde e o cuidado que deve ser prestado a essa população possibilita que ela seja atendida em um ambiente adequado que promova a proteção de sua integridade e o respeito à sua autonomia e dignidade. Assim, os cuidados paliativos surgiram como uma alternativa para preencher esse viés na assistência ativa ao paciente.

2- A TEORIA HUMANISTA E OS CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo Pimenta (2019) a psicologia humanista originou-se da principal suposição de Abraham Maslow, o fundador da Pirâmide das Necessidades. Foi na década de 1950 que Maslow se tornou um dos fundadores e promotores da

escola humanista de psicologia. O humanismo foi um movimento contra a psicanálise de Freud e o behaviorismo de Watson. Essa abordagem difere dessas teorias porque sustenta que as pessoas não estão à mercê do inconsciente ou mesmo de fatores externos.

Ainda segundo a autora, para Carl Rogers, desenvolver a capacidade está dentro de cada indivíduo. No entanto, muitas vezes está dormindo e precisa ser acordado. Com a ajuda de um psicólogo, esse despertar pode ser alcançado por meio de uma abordagem humanista da terapia. Essa pessoa deve agir sem julgamento, sem direcioná-la a criar estratégias sem confronto em primeiro lugar. Rogers argumenta que o objetivo de sua terapia é ouvir o paciente, promover o autoconhecimento e ajudar a encontrar sua definição de personalidade.

Segundo Castro (2001), a autonomia do paciente na tomada de decisões afeta diretamente seu estado físico e emocional, pois lhe dá a oportunidade de exercer o status de senhor de sua própria vida. Ao ouvir seus pacientes, os psicólogos humanistas se esforçam para entender o que os pacientes querem.

para que o princípio de autonomia exista na relação paciente/profissional é necessário que o paciente tenha independência de vontade e ação, significando assim que ele tenha o controle de sua capacidade ética (CASTRO, 2001, p. 7).

As intervenções devem atentar para a condição do indivíduo como pessoa que pensa e sente, mantendo válidas suas opiniões e decisões. É preciso destacar o que o paciente carrega de sua história de vida para além de sua doença. Ao mostrar ao paciente o que ele tira de seu histórico médico, o psicólogo o ajuda a entender o que a vida lhe trouxe, suas conquistas e os bons momentos da vida. A partir daí o processo de aceitação se torna mais viável.

O trabalho que os psicólogos realizam no processo de cuidados paliativos é fundamental devido às profundas mudanças no estado emocional dos pacientes e dos envolvidos no processo (ou seja, famílias e equipes). Nesse momento, o apoio psicológico é fundamental para facilitar a boa comunicação, permitir que os envolvidos aceitem o processo de morte e proporcionar qualidade de vida aos portadores da doença (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

A dificuldade do ser humano em geral... em lidar com a morte pode ser trabalhada e melhorada. Com isso, pode haver mais qualidade de vida para todos os envolvidos na questão. (RIBEIRO, 2008, p. 109)

Portanto, este trabalho deve ter como principal objetivo os pacientes que buscam qualidade de vida. Depois, serão atendidos familiares e equipes afins, pois, a morte também pertence aos que permanecem.

Para trabalhar de forma eficaz, os profissionais de psicologia devem primeiro se conectar com seus pacientes. Além disso, precisa determinar o que o paciente sabe e quer saber sobre a doença e sua verdadeira condição. Dessa forma, ajudando na abrangência da relação entre o paciente e o acontecimento, permite a percepção dos sentimentos que aparecem junto com as dúvidas e incertezas durante o tratamento.

Na fase de diagnóstico, a atuação do psicólogo pode ajudar a facilitar o ajustamento psicológico do paciente e de sua família quanto na comunicação destes. Ajudando a quebrar o silêncio que pode se instalar, quando às vezes a informação é bloqueada por familiares, os quais consideram que é melhor manter o paciente sem essa informação. (CASTRO, 2001, p. 5).

Tanto no diagnóstico quanto no tratamento, os pacientes experimentam fortes emoções, e é importante considerar o momento de assimilação dos fatos. É uma situação delicada onde o paciente está tentando entender o sentido de sua vida, o sentido da terapia e sua dor.

Atualmente, o papel principal de um psicólogo na vida de um paciente com uma doença incurável é o apoio, aceitação e compreensão. Para os pacientes que enfrentam uma doença incurável, às vezes a luta precisa parar. Diante da necessidade, a coisa mais corajosa a fazer é aceitá-la. No final da vida, a melhor decisão é como viver até o fim. Muitos pacientes acreditam que um psicólogo está com eles para convencê-los a aceitar a morte, mas esse profissional está pronto para ouvi-los e atender suas necessidades. Deve-se lembrar que o paciente não pode ser curado, mas, além da autonomia, deve-se considerar o cuidado e a atenção em vida (CASTRO, 2001).

Como a equipe está fundamentalmente envolvida no desenvolvimento da doença do paciente, ela também carece de cuidados do psicólogo. De acordo com Rezende, Gomes e Machado (2014) as interações entre o paciente terminal, sua família e os profissionais de saúde podem ser comprometidas, muitas vezes devido à dor que cada indivíduo vivencia durante o processo de final de vida.

Ainda conforme os autores, à medida que aumenta a incidência de doenças crônico-degenerativas, incapacitantes e fatais, os profissionais de saúde adoecem, pois enfrentam situações para as quais não estão preparados. Falar

sobre estágio final entre os profissionais de saúde é incomum. Esses profissionais são treinados para tratar condições terapêuticas e sentem-se impotentes diante de uma condição incurável. Diante de uma vida de morte constante, alguns casos podem ser profundamente marcados, por exemplo, quando os profissionais não conseguem realizar o trabalho de alívio dos sintomas e/ou morrem pacientes jovens, mesmo aqueles que desenvolveram vínculo com a equipe.

Perante a essa condição fica notória a importância do trabalho da Psicologia com os profissionais que, têm em seu dia-a-dia, pacientes seriamente doentes em tratamento, abrangendo circunstâncias de estresse prolongado, vivendo com dor, sofrimento e impotência (CREMESP, 2008).

Para que os profissionais, até mesmo o psicólogo da equipe de cuidados paliativos, passem por situações de morte de forma mais apropriada, é fundamental que também tenham apoio psicológico. Por meio da escuta, esses profissionais acham espaço para expressarem seus sentimentos e emoções, derivando na amenização do sofrimento e logo melhores condições para realizar o trabalho com o paciente.

3- O AMBIENTE HOSPITALAR E OS CUIDADOS PALIATIVOS

No cenário frio da medicina tecnológica, a humanização é possível e adequada, antes de tudo, na presença da solidariedade profissional, no olhar compreensivo e sensível, conforme afirma Chaves (2011). Esse olhar carinhoso desperta um sentimento de confiança e solidariedade na humanidade.

A ação focalizada na humanização tem como fundamento distinguir a dignidade do ser humano e respeitar os seus direitos. A humanização depende de nossa capacidade na escuta do sujeito, as palavras por eles expressadas devem ser entendidas e respeitadas. O principal objetivo da preocupação com a humanização do hospital é a dignidade da pessoa e o respeito aos seus direitos, pois a pessoa deve ser considerada em primeiro lugar. A dignidade da pessoa, sua liberdade e sua felicidade são fatores a serem considerados na relação entre o paciente e o profissional de saúde (CHAVES, 2011).

A equipe de cuidados paliativos é composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, entre outros profissionais. Conceitualmente,

em cuidados paliativos, a morte prevista pela história natural de uma doença fatal é um fenômeno natural na evolução do processo de vida. No entanto, é preciso dar mais atenção à qualidade de vida das pessoas em sofrimento e de suas famílias para tornar a jornada mais agradável.

Essa forma de cuidado inclui o alívio do sofrimento do paciente, garantindo não só a qualidade de vida dos pacientes com a doença avançada, mas também a família, manter uma boa comunicação, controlar a dor e outros sintomas, o apoio psicossocial e luto. Um paciente em cuidados paliativos é mais do que um ser biologicamente, ele também é um ser social, espiritual e psicológico, se algum deles não funciona bem, outros são afetados, então, é necessário o cuidado. De acordo com os regulamentos do Ministério da Saúde (apud Boemer, 2009), deve trabalhar em harmonia, levando em consideração a autonomia dos pacientes e seus familiares.

Para uma prática adequada é imprescindível o conhecimento de cuidados paliativos e obter a compreensão dos seguintes princípios orientadores, conforme afirma Matsumoto (2009):

- Início precoce do acompanhamento para cuidados paliativos e tratamentos modificadores da doença. Incluir todas as investigações necessárias sobre o melhor tratamento e gestão dos sintomas apresentados.

- Reafirmar a vida e sua importância.

- Compreenda a morte como um processo natural em vez de a prever ou atrasar.

- Fornecer avaliação impecável, reavaliação e alívio da dor e outros sintomas gerador de desconforto.

- Uma compreensão abrangente do indivíduo, incluindo psicossociais e espirituais sob seus cuidados. Para isso, uma equipe multidisciplinar é essencial.

- Fornecer o melhor suporte possível aos pacientes, com foco na melhoria da qualidade de vida, influenciar positivamente o curso da doença e ajudá-lo sempre viver mais ativamente possível até que ele morra.

- Compreender a família e os entes queridos é uma parte importante do processo, apoiar os doentes durante a sua doença e o luto após a morte de um paciente.

Avaliando o quão complexo é a prestação de cuidados aos doentes terminais, as equipes de saúde precisam compreender o estado do processo de fim de vida

para serem capacitadas para ajudar os doentes a respeitar a sua dignidade (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

Vale ressaltar que a prestação de cuidados paliativos aos pacientes e o manejo da morte pelos profissionais de saúde podem desencadear tensões e sentimento de impotência e fracasso. Tais sentimentos e limitações precisam ser reconhecidos para que não atrapalhem a assistência. É importante que os profissionais compreendam seus próprios valores e crenças relacionados à morte, bem como suas atitudes e ações em relação ao contexto, pois estas podem influenciar seu âmbito profissional (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

Nesse contexto profissional, a falta de reflexão sobre a morte e o morrer pode gerar sobrecarga e sofrimento emocional. Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde busquem um equilíbrio entre racionalidade e emoção no trabalho (CARDOSO *et al.*, 2013).

CONCLUSÃO

Este artigo foi construído para compreender a relevância do psicólogo nas equipes multiprofissionais de cuidados paliativos em ambiente hospitalar. Além disso, aborda qualidade de vida, saúde mental e resignificação da vida diante da morte a partir de uma revisão de literatura.

Para os humanistas, a morte é a base do homem como ser no e para o mundo e, por se reconhecer como um ser finito, tende a estimar sua experiência de ser na vida. Do ponto de vista histórico, a morte parece inevitável e é vista como um tabu, ou seja, banca uma ameaça ao modo de vida. A morte ainda é pintada como um ato falho, alongando a impossibilitar a realização de métodos mais humanos para eliminar a possibilidade de uma boa morte para o sujeito.

No que se menciona ao aprendizado do psicólogo humanista na equipe de cuidados paliativos, ainda são escassos os artigos que abrangem o assunto de forma mais característica, contudo, foram descobertas análises em torno da formação profissional do psicólogo que almeja trabalhar junto a equipe de cuidados paliativos.

Assim, fica notório a precisão de adentrar os cuidados paliativos no campo de estudo da Psicologia, com a finalidade de propiciar ao psicólogo desde a sua graduação o preparo apropriado para lidar com as emoções do paciente, da

família, além de dar apoio à equipe entrelaçada no processo. Nota-se no decorrer deste estudo que o psicólogo humanista dentro dos cuidados paliativos carece ter como preocupação principal o paciente e não a doença em si, mirando a qualidade de vida na morte e permitindo dessa forma a preparação acerca das questões ligadas ao luto.

Nessa conjuntura, os psicólogos humanistas exercem um papel fundamental no acolhimento do sofrimento do sujeito diante desse momento que leva à dor e à frustração, auxiliando os envolvidos a perceberem as novas possibilidades que a vida enfrenta. Vale ressaltar que a dor do outro é sempre do outro, portanto, não pode ser mensurada, assim, o olhar atento, compreensivo e humano do psicólogo pode trazer conforto aos sujeitos e seus cuidadores e tranquilidade.

Considerando que os psicólogos humanistas atuam em diferentes contextos, é importante destacar que em cuidados paliativos em ambiente hospitalar, tais profissionais devem utilizar os seguintes elementos como ferramentas que visam ampliar o sentido da vida para pacientes e familiares: Responsabilidade, escolha, sentido imediato, autonomia e muito mais.

Como pode ser observado neste artigo, poucas pesquisas foram feitas sobre a atuação do psicólogo nos cuidados paliativos, com foco na psicologia humanista, o que limita a discussão dos achados encontrados. No entanto, espera-se que os resultados obtidos neste artigo contribuam para novas pesquisas sobre a atuação do psicólogo humanista em cuidados paliativos, visando melhorar a qualidade de vida ao longo do processo de final de vida.

Portanto, deve-se enfatizar a importância de considerar o desenvolvimento de políticas de saúde com foco em cuidados paliativos, pois ninguém no Brasil apoia essa área de atuação. A implementação dessa política pública terá como foco a promoção de mudanças nas diretrizes curriculares da psicologia, com o objetivo de desenvolver futuros psicólogos pensando sobre esse tema, e terá como foco a expansão da ciência psicológica em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Série pacto pela saúde, 2010; 12(1): 11-18.

BOEMER, M.R. Sobre cuidados paliativos. **Rev. esc. enferm. USP** vol.43 no.3 São Paulo Sept. 2009

CARDOSO, D.H, *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. 2013. **Texto & contexto – Enfermagem**, 22(4), 1134-1141. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S010407072013000400032>>. Acesso em: 10 abr. 2022

CASTRO, D. A. **Psicologia e Ética em Cuidados Paliativos. Brasília: Psicologia ciência e profissão**. 2001. 21(4),44-51

CHAVES JHB, *et al.* Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Rev. Dor**, São Paulo 2011; 12(3): 250-255

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. **Cuidado paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Cremesp. 2008.

GARCIA JBS, RODRIGUES RF, LIMA SF. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. 2014; 64:286-291.

KUCHEMANN BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, 2012; 27(1): 165-180.

MACHADO, K.D.G., PESSINI, L., HOSSNE, W.S. **A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética**. Centro Universitário São Camilo, 2007. 1(1), 34-42.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. In: **Academia Nacional de Cuidados Paliativos (org.) Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 14-19.

MENDES, J.A., LUSTOSA, M.A., ANDRADE, M.C.M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, 2009. 12(1), 151-173.

PESSINI L, BERTACHINI L. **O que entender por cuidados paliativos?** 2ª ed. São Paulo: Paulus; 2006.

PIMENTA, T. **Humanismo: tudo sobre essa abordagem terapêutica**. São Paulo. 2019. Disponível em:< <https://www.vittude.com/blog/humanismo>>. Acesso em: 19 mar 2022.

PINTO A C, *et al.* **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro 2009; 1: 14-62.

RIBEIRO, E. E. **Tanatologia: vida e finitude**. Rio de Janeiro: Unati. 2008.

REZENDE, L C S; GOMES, C S; MACHADO, M E C. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 28-36, jun. 2014. Disponível em<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177093X2014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2022.

RODRIGUES, I. G.; ZAGO, M. M. F.; CALIRI, M. H. **Uma análise do conceito de cuidados paliativos no Brasil: artigo de revisão**. São Paulo: Mundo da saúde. 2005. 29(2),147-154.

SANTOS M.F.O, *et al.* Avaliação do conhecimento dos anesthesiologistas sobre cuidados paliativos. **Revista Bioética**. 2014; 22(2):373-379.

SANTOS, O M. Sofrimento e dor em cuidados paliativos: reflexões éticas. **Rev. Bioét.**, 2011; 19(3): 683-695.

SILVA H.Á *et al.* Intervenção em cuidados paliativos: conhecimento e percepção dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. 2018; 12(5):1325-1330.

SILVEIRA M.H, CIAMPONE M.H.T, GUTIERREZ B.A.O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2014; 17:7-16.