

UNIVERSIDADE DE UBERABA
TIFFANY OLIVEIRA DOS SANTOS

CUIDADOS PALIATIVOS: O QUE SÃO E QUAL SUA IMPORTÂNCIA?

UBERABA - MG

2022

UNIVERSIDADE DE UBERABA TIFFANY OLIVEIRA DOS SANTOS

CUIDADOS PALIATIVOS: O QUE SÃO E QUAL SUA IMPORTÂNCIA?

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação, apresentado na
Universidade de Uberaba, como requisito para a Conclusão do curso de Psicologia.

Orientador: Camila Aparecida Peres Borges

UBERABA - MG

2022

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar, a Deus que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos, aos amigos e familiares, por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a realização deste trabalho, agradeço especialmente a minha mãe Andréia Rita de Oliveira, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço e foi a minha maior incentivadora, ao meu querido padrasto Baltazar Gaspar que sempre esteve ao meu lado me apoiando ao longo de toda a minha trajetória, Agradeço meu namorado Marcus Vinicius que presenciou todo esse meu percurso, A minha Irma Thayna Oliveira que apesar da pouca idade me ensina mais e mais a cada dia, por estar ao meu lado e por me fazer ter confiança nas minhas decisões. Aos professores, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado, às pessoas com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica, aos meus colegas de curso, com quem convivi intensamente durante os últimos anos, pelo companheirismo e pela troca de experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formando, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte de minha formação, o meu muito obrigado, Por último, quero agradecer também à Universidade Uberabense e todo o seu corpo docente.

OLIVEIRA, Tiffany S: **Cuidados paliativos: o que são e qual sua importância?Uma revisão narrativa.** Uberaba/MG, 2022. Monografia 20p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia). Universidade de Uberaba. Orientadora: Prof. Me. Camila Aparecida Peres Borges.

RESUMO

Os cuidados paliativos são definidos segundo a OMS como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que põem em risco a vida. Essa abordagem é feita por meio da prevenção e alívio do sofrimento, pela identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual, o presente trabalho aborda sobre os cuidados que o Psicólogo oferece, nesse contexto que vão além do paciente e se estendem também ao núcleo familiar do doente, a família que precisa de suporte e apoio para conseguir lidar com as consequências causadas pelo adoecimento do ente querido, sendo assim, a atuação do Psicólogo consiste em facilitar o processo de cuidar paliativamente, cuja preocupação central é proporcionar qualidade de vida na morte, além de propiciar ao paciente e seus familiares uma possibilidade de escuta das suas necessidades, para a elaboração do trabalho foi realizada uma revisão qualitativa sistemática de artigos sobre cuidados paliativos, psicologia no cuidado paliativo, equipe multidisciplinar, com tudo, vimos à importância do Psicólogo junto à equipe multidisciplinar e suas contribuições ao se tratar dos Cuidados Paliativos contribuindo assim para que o paciente e seus familiares recebam todo amparo necessário.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Família. Psicólogos. Cuidadores. Equipe multidisciplinar.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	065
A FAMÍLIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS.....		10
O PSICÓLOGO E OS CUIDADOS PALIATIVOS		14
CONSIDERAÇÕES FINAIS		16
REFERÊNCIAS		17
MÉTODO	06	
RESULTADO E DISCUSSÃO	07	
CUIDADOS PALIATIVOS.....	08	

6

INTRODUÇÃO

Cuidado paliativo é uma abordagem de cuidado diferenciada que promove a qualidade de vida de pacientes e suas famílias que enfrentam doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, provendo identificação precoce e avaliação exemplar, além de tratamento da dor e outros distúrbios de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, 2002). Incentiva a ideia de que enquanto há vida, existe a necessidade de cuidado, descartando o antigo pensamento de que “não há mais nada a se fazer pelo paciente”.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), o cuidado paliativo tem como princípios: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, através da prescrição de medicamentos, adoção de medidas não farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais do paciente; afirmar a vida e considerar a morte como um evento natural e esperado

na presença de doença ameaçadora da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; promover uma abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; e, melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

Tendo em vista o contexto supracitado, o objetivo desse estudo consistiu em compreender o que são os cuidados paliativos e qual sua importância, a partir de uma revisão narrativa da literatura científica. Neste sentido, este trabalho surge pelo interesse em entender como se dá o atendimento a pacientes com doenças sem possibilidade de cura ou terminalidade, visto ser um grande desafio e um paradigma importante para profissionais da saúde.

MÉTODO

A revisão narrativa da literatura não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura, a busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de

informações não se aplicam estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores, adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos.

Após identificação do tema para elaboração da revisão narrativa, realizamos um levantamento bibliográfico junto ao banco de dados Scielo, Google Acadêmico, PEPsic e Lilacs, que nos ajudassem a responder esta questão. Foram utilizadas para a busca as seguintes palavras-chave: cuidados paliativos, morte, família nos cuidados paliativos, equipe multidisciplinar e Psicologia.

RESULTADO E DISCUSSÃO

O cuidado paliativo implica, principalmente, na relação entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas, sendo as intervenções técnicas secundárias à relação que se estabelece entre equipe de cuidados e pacientes. Preconiza humanizar a relação entre a equipe de saúde, o paciente sem possibilidade de cura e a sua família (AVANCINI, 2009; HERMES, LAMARCA, 2013; SILVA, KRUSE, 2012).

Os cuidados paliativos não são apenas uma alternativa após a ineficácia do tratamento curativo. Representam um conjunto de cuidados prestados ao paciente, desde o início de sua terapêutica, utilizando-se de uma abordagem especializada para ajudar a pessoa a viver melhor e favorecer todo e qualquer tratamento que promova qualidade de vida até o momento de sua morte (MACHADO, PESSINI, HOSSNE, 2007; SALES et al, 2008; VASCONCELOS, 2013).

Os estudos demonstraram que não existem nos cursos de graduação e pósgraduação programas de estudo voltados para tanatologia e cuidados paliativos, havendo apenas debates superficiais sobre a temática. Isso explicaria o fato dos profissionais transformarem a morte em um tabu e não a aceitarem como um processo natural do ciclo da vida. Muitos mencionam a mesma como um fracasso, fazendo com que encontrem alternativas para não se deparar com a situação: evitam cuidar de pacientes terminais, realizam tratamento pouco individualizado, não criam vínculos com pacientes e familiares, além de fugirem da discussão sobre a morte fazendo promessas de recuperação ao paciente quando se sabe que a morte é praticamente inevitável (AVANCINI, 2009; HERMES, LAMARCA, 2013).

CAPITULO 1

CUIDADOS PALIATIVOS

O termo palliare tem origem no latim e significa proteger, amparar, cobrir, abrigar. Essa nomenclatura traz uma nova perspectiva à Medicina ocidental tradicional: a de cuidar, para além de curar. Entende-se por palição o alívio do sofrimento do doente e, por ação paliativa, qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa diminuir as repercussões negativas da doença sobre o seu bem-estar global. (TOLEDO; PRIOLLI, 2012)

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou uma definição específica para cuidados paliativos na pediatria: cuidado ativo e total prestado à criança, no contexto do seu corpo, mente e espírito, bem como o suporte oferecido a toda a sua família. (GOMES; OTHERO, 2016).

Segundo a OMS, o cuidado paliativo deve ser iniciado quando a doença crônica é diagnosticada, devendo caminhar concomitantemente com o tratamento curativo. Os Cuidados Paliativos são aqueles que previnem, identificam e tratam crianças que sofrem com doença crônica, progressiva e avançada, suas famílias e equipes que os atendem. Eles são apropriados, em qualquer fase da doença, e oferecem mais vantagens quando oferecidos cedo, juntamente com outras terapêuticas orientadas para curar ou controlar a doença subjacente. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

O Pilar do Cuidado Paliativo Pediátrico: alívio do sofrimento por meio de manejo adequado dos sintomas físicos e dos agravos emocionais de pacientes e familiares (IGLESIAS; ZOLLNER; CONSTANTINO, 2016).

Academia Americana de Pediatria considera que o sofrimento social, espiritual e emocional do paciente pode influenciar a experiência dos sintomas. Os principais sintomas físicos pediátricos são dor, anorexia, fadiga, dispneia, sintomas gastrointestinais, sintomas psíquicos, dentre outros (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC, 2000)

São componentes básicos dos cuidados paliativos a proximidade e o calor humano, dignidade e alívio da dor, na pediatria, as enfermeiras neonatais precisam estar na vanguarda destas contingências para o cuidado. Considera-se que, na realidade brasileira, entre as causas de óbito infantil estão os fatores perinatais e maternos

(prematuridade, asfixia/hipóxia, infecções perinatais, afecções respiratórias, transtornos cardiovasculares perinatais e doenças maternas), malformações congênitas, infecções da criança, doenças imunopreveníveis, causas externas e causas mal definidas. (OMS, 2002)

Hilmelstein destaca alguns princípios básicos para o cuidado paliativo infantil: o cuidado é focado na criança, orientado a toda família e construído com uma boa relação equipe-família. Deve-se avaliar individualmente cada criança, e respectiva família, respeitando suas crenças e valores e facilitando a comunicação. Tal cuidado deve estender-se após a morte, durante o luto familiar. Toda criança que tenha o diagnóstico de uma doença crônica, que ameaça à vida, deve receber cuidados paliativos.

(HILMELSTEIN, 2006)

Os princípios consensuais para a provisão de cuidados de qualidade são 1) adesão à definição da Organização Mundial de Saúde, 2) centro na criança-família, 3) prestação no local preferido, 4) prestação baseada nas necessidades, desde o diagnóstico/reconhecimento e até depois da morte, 5) partilha de decisão entre criança/família-profissionais, 6) profissionais com formação, treino e experiência pediátricas, 7) equipas interdisciplinares, 8) redes integradas de serviços, 9) gestor de caso, 10) descanso do cuidador e 11) suporte permanente. (GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE, 2014).

O tratamento dos sintomas deve incluir abordagens não farmacológicas e farmacológicas. O tratamento farmacológico da dor inclui drogas analgésicas não opiáceas, opiáceas e adjuvantes (antidepressivos, anticonvulsivantes, corticoides). A OMS revisou a escala analgésica de dor para a população pediátrica em 2012, dando preferência a pequenas doses de opioides fortes ao invés da utilização de opioides fracos como codeína e tramadol, quando os analgésicos não opioides forem insuficientes para o alívio da dor. (IGLESIAS; ZOLLNER; CONSTANTINO, 2016).

As intervenções oferecidas pelos Cuidados Paliativos englobam três níveis: preocupações com o físico, como os sintomas: dor, fadiga, agitação, náusea, vômitos e prurido; preocupações psicossociais: identificação dos medos e das preocupações da família e da criança com suporte necessário, preservação de uma comunicação, de qualidade, identificação das expectativas e das vivências anteriores e necessidade de suportes comportamental e espiritual; e preocupações espirituais. (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC, 2000).

O conceito de cuidado nos leva a entender a ter cautela, algo que implica em não fazer algo que poderia prejudicar alguém ou alguma coisa. Por tal motivo, a concepção de Cuidado Paliativo é tão nobre, um direito humano de elevada relevância a ser posto em prática. O Cuidado Paliativo abrange um elenco importantíssimo de cuidados paliativos técnicos, científicos e humanitários que, como vimos, são multiprofissionais e interdisciplinares. De forma óbvia, a Medicina está nessa multiprofissionalidade e interdisciplinaridade. (IGLESIAS; ZOLLNER; CONSTANTINO, 2016).

CAPITULO 2

A FAMÍLIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS

A família é entendida como um sistema aberto de seres humanos em interação mútua ao longo dos tempos, onde as mudanças que nela ocorrem são condicionado pelo meio externo. A família é então vista como um subsistema e ela própria podem ser divididos em vários subsistemas (JONES, 1999).

Em cuidados paliativos (CP), o principal objetivo no apoio à família assenta em ajudá-las a cumprir a sua função cuidadora, a fim de que a participação no processo de perda que vivenciam seja concluída da forma mais saudável possível. As primeiras e mais importantes premissas para conseguir apoiar bem uma família num processo de doença avançada são o conhecimento e a compreensão. Essas capacidades facilitam e ajudam a encontrar a forma mais adequada de tratar cada situação em particular, possibilitando a identificação dos determinantes e condicionantes circunstanciais, que aparecem no seio familiar e, assim, realizar um enquadramento da situação do momento que está se está a viver. É adequado realizar uma visão introdutória dos acontecimentos, dinâmicas ou condutas familiares que muitas vezes ocorrem neste processo (REIGADA, RIBEIRO, NOVELLAS, PEREIRA, 2014).

A doença em fase terminal pode provocar nos familiares uma série de reações emocionais, comportamentais, relacionais, etc. Nesse sentido, a tarefa da equipe é estabelecer uma relação de ajuda que permita aos familiares passarem por este processo sentindo que são acompanhados. Para além de se proporcionarem os cuidados necessários à pessoa doente, os profissionais de cuidados paliativos devem também direcionar os seus esforços aos familiares e/ou pessoas relacionadas, com o objetivo de

reforçar as suas capacidades e potencialidades, possibilitando assim que a família recupere a confiança, tantas vezes perdida. Esta confiança refere-se à tomada de consciência das suas próprias capacidades (do doente/família) que irão permitir transitar por este período de vida tão sobrecarregado de experiências agudas e assim para chegar à etapa da morte da melhor maneira possível (HUDSON, 2006).

Para que a intervenção psicossocial seja adequada, é conveniente que o trabalhador social realize uma avaliação diagnóstica da situação sociofamiliar, para alcançar um tratamento idôneo, com finalidades resolutivas e preventivas, proporcionando capacidades de adaptação aos membros implicados, tanto para desenvolver favoravelmente a capacidade de cuidar como para realizar posteriormente um processo de luto saudável. O quadro de diagnóstico ou de avaliação familiar é fundamental para um plano de trabalho possível e resolutivo. Os dados que se obtêm no diagnóstico familiar não só resultam dos dados recolhidos pelo trabalhador social, como também pelos dados recolhidos pelo demais membro da equipa com intuito de complementar e contrastar informações (NOVELLAS, 2000).

A família assume um papel crucial, pois ela detém informações terapêuticas e assistenciais das quais o paciente participou, nesse sentido, todo o percurso da assistência paliativa ocorre mediante a participação dos familiares acerca de suas vivências que não se restringem às abordagens ocorridas durante o processo de adoecimento. (MATOS, BORGES, 2018)

A família é um dos eixos estruturantes da assistência a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura ocupando um lugar de protagonista e sendo, ainda, integrada à equipe de cuidados. Enquanto a sua atitude colaborativa favorece o cuidado do paciente, também ajuda a mantê-la como objeto de cuidado. Pode-se, ainda, apreender que a abordagem humanizada dos cuidados paliativos permite que a equipe incentive a realização de atividades que outrora integravam a rotina do paciente. (MATOS, BORGES, 2018)

Segundo Hudson e Payne, cuidador familiar no contexto de cuidados paliativos é qualquer parente, companheiro ou amigo que tenha uma relação significativa e forneça assistência (física, social e/ou psicológica) para uma pessoa com uma doença grave e incurável. Apesar da pouca preparação ou formação específica, os cuidadores familiares desempenham um papel muito importante ao realizar os cuidados complexos exigidos por um paciente em situação de doença avançada, incluindo a avaliação e gestão dos sintomas,

cuidados de higiene, alimentação, administração de medicamentos e ainda, por muitas vezes, regem as tarefas domésticas. (HUDSON P, PAYNE, 2009)

Embora muitos cuidadores familiares identifiquem aspectos positivos associados às suas funções de cuidador, cuidar de um familiar com uma doença terminal é estressante e pode acarretar riscos para a saúde física e psicológica do cuidador. As consequências relacionadas ao cuidar podem incluir sintomas de depressão e ansiedade, *stress* e tensão, perturbações do sono, redução da qualidade de vida, deterioração do funcionamento social e ocupacional, isolamento social e dificuldades para gerir o trabalho fora de casa juntamente com os cuidados ao paciente, resultando em um nível de sobrecarga elevado (DELALIBERA BARBOSAL LEAL, 2018).

Estudos têm demonstrado que o apoio de outras pessoas, assim como ter acesso a recursos sociais e psicológicos são fundamentais para o sucesso no papel de cuidador. De acordo com Kapari et al, os cuidadores que não tiveram as suas necessidades de suporte atendidas na fase de prestação de cuidados apresentavam maior sintomatologia psicopatológica após a perda do ente querido, e outras pesquisas realizadas com cuidadores indicam também que grande parte da morbidade e sobrecarga emocional e financeira identificada na fase de doença se prolonga durante o luto (DELALIBERA BARBOSAL LEAL, 2018)

Para a efetiva implantação e atuação da atenção domiciliar, faz-se necessária a participação do cuidador em conjunto com a equipe de saúde. Em alguns casos, presta os cuidados mediante remuneração, podendo possuir ou não algum vínculo familiar com o paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

De acordo com Wanderley, o cuidador pode ser classificado em: cuidador familiar: o qual possui algum grau de parentesco com a pessoa cuidada; cuidador terceiro: o qual não possui parentesco com a pessoa cuidada; cuidador leigo: aquele sem qualificação profissional para o exercício legal da atividade de cuidar; cuidador principal: o qual mantém a responsabilidade da pessoa sob seu cuidado de forma permanente; cuidador secundário: aquele que auxilia e/ou substitui o cuidador principal; cuidador remunerado: aquele que recebe remuneração pelo serviço prestado; cuidador voluntário: o qual não recebe remuneração para cuidar do paciente (WANDERLEY MB, BLANES DN, ARREGUL CC, SANDA CT, BELTRÃO, 1998).

As últimas horas costumam serem inundadas de tristeza, melancolia e saudade. Desejos de paz, de boa partida, de boa hora. São momentos cercados de medo,

incertezas, onde a espiritualidade do doente e de sua família pode emergir de forma colaboradora e pacífica. Questões pessoais antigas são redimensionadas e podem se dissolver pela proximidade do fim esperado (OMS, 2002).

Pessini (2000) compreende o conjunto de condutas e cuidados com o paciente que se encontra em rápido declínio funcional, por causa irreversível, nos seus momentos finais. O objetivo que devemos ter nesta fase é promover o controle dos sintomas de forma completa, prevenir os agravos das últimas horas de vida, suavizar a agonia final, além de evitar tratamentos que possam ser considerados fúteis nesta fase. Reconhecer o processo de morte é uma das tarefas mais difíceis no campo da enfermagem. Perceber que a partir de um determinado momento da evolução de um doente, as disfunções são irreversíveis e todo o tratamento que tenta o prolongamento da vida implica prolongamento do sofrimento, as atitudes recomendadas são preservar a vida, sem tornar o tratamento mais sofrido que a própria doença, e atender prioritariamente as necessidades do doente em termos de alívio de sintomas (GENEBRA, 2000).

Nas últimas horas, o paciente se torna progressivamente mais ausente da vida. Não consegue mais comunicar-se, alimentar-se ou movimentar-se. Até mesmo a expressão facial, abrir e fechar os olhos torna-se difícil de serem interpretados. Os familiares percebem a gravidade e irreversibilidade do quadro. Quando este momento é calmo, tanto pelos cuidados ao paciente, quanto pela resposta do mesmo aos tratamentos, a espiritualidade da família pode transformar o momento de partida. Então, a morte acontece com serenidade (PESSINI, 2005). Nas últimas horas, todos os sintomas devem ser minuciosamente tratados e sempre que possíveis antevistos. A prevenção é a melhor medida. Além da terapêutica específica, medidas de conforto, bem como de apoio espiritual e familiar, são fundamentais nesta fase (LARMARCA, 2007).

Os cuidados dirigidos aos últimos momentos de vida requerem trabalho em equipe, de forma sincronizada e detalhada, respeitando a racionalidade terapêutica e as singularidades de cada paciente e sua família. O medo, a tristeza, a saudade, a angústia de familiares e de membros da equipe não devem ser desconsiderados ou tratados apenas com medicamentos (BIFULCO, 2009). A decisão sobre o local da morte, seja em hospital ou em domicílio, deve ser feita em conjunto com a família, previamente discutida com a equipe, e consideradas as condições e recursos de apoio, como estrutura domiciliar, familiar e do cuidador (SANTOS 2011).

O auxílio de um assistente espiritual pode ser importante para o conforto da família, respeitando os preceitos religiosos, as crenças e a história de vida do doente (SILVA, 2004).

CAPÍTULO 3

O PSICÓLOGO E OS CUIDADOS PALIATIVOS

O psicólogo que integra uma equipe de Cuidados Paliativos precisa de formação profissional na área, na busca de estratégias para ajudar o paciente no enfrentamento e elaboração das experiências emocionais intensas vivenciadas na fase de terminalidade da vida. Tendo cuidado para não ocupar o lugar de mais um elemento invasivo no processo de tratamento, mas de facilitador no processo de integração do paciente, da família e da equipe multidisciplinar, mantendo como foco o doente (não a doença) e a melhora na qualidade de vida do paciente (não o prolongamento infrutífero do seu sofrimento).

A equipe multiprofissional deve unir esforços para oferecer um cuidado o mais abrangente possível, utilizando todos os recursos diagnósticos necessários para a melhor compreensão e manejo dos sintomas e tendo sempre em foco que a melhora da qualidade de vida pode influenciar positivamente no modo como a paciente lida com as questões relacionadas ao processo de adoecer (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2007; JUVER, 2007; SOUZA & CARPIGIANI, 2010).

Como parte dessa equipe que atua na área de Cuidados Paliativos, a contribuição do profissional de Psicologia se define a partir de uma visão da doença como pertencente ao campo da mente e das vivências e expressões da mesma, pelo corpo. Atuando nessa área, o psicólogo também necessita manter o equilíbrio nas suas relações com os outros profissionais e encontrar vias de comunicação que permitam a troca e o conhecimento, a partir de diferentes saberes (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

Tomando como referência os princípios que regem a filosofia dos Cuidados Paliativos, poderiam ser considerados mais diretamente como norteadores da prática do psicólogo: a promoção do controle da dor e de outros sintomas estressantes; o trabalhar a questão da morte como um processo natural; o oferecimento de um sistema de suporte à família, que possibilite a exata compreensão do processo da doença em todas as fases; oferecer um sistema de suporte que permita ao paciente viver tão ativamente quanto possível, na busca constante para manter sua autonomia; integrar o aspecto clínico com

os aspectos psicológico, familiar, social e espiritual ao trabalho; unir esforços de uma equipe multidisciplinar para oferecer o cuidado mais abrangente possível; ter sempre em foco que a melhora da qualidade de vida pode influenciar positivamente no tempo que resta ao doente e que o cuidado deve ser iniciado precocemente (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2007; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008; JUVEN, 2007).

O foco aqui está direcionado à possibilidade de se ofertar ao paciente o que tem sido chamado na literatura de uma “boa morte”, tendo suas decisões autônomas como fundamento, partindo-se da premissa de que o paciente está devidamente esclarecido e plenamente consciente de seu estado clínico, de seu prognóstico e das opções terapêuticas possíveis, ou seu legítimo procurador ou intérprete ciente da vontade do paciente afetado (EMANUEL; EMANUEL, 1998).

Diante da terminalidade humana, o psicólogo busca a qualidade de vida do paciente, amenizando-lhe o sofrimento, ansiedade e depressão diante da morte. A atuação do psicólogo é importante tanto no nível de prevenção quanto nas diversas etapas do tratamento (HERMES; LAMARCA, 2013).

Desse modo, o psicólogo contribui para que os doentes e familiares falem sobre o problema, favorecendo a elaboração de um processo de trabalho que ajudará o paciente a enfrentar a doença, construindo experiências de adoecimento, processo de morte e luto (NUNES, 2009).

O trabalho do psicólogo em cuidados paliativos consiste em atuar nas desordens psíquicas que geram estresse, depressão, sofrimento, fornecendo um suporte emocional à família, que lhe permita conhecer e compreender o processo da doença nas suas diferentes fases, além de buscar a todo tempo maneiras de o paciente ter sua autonomia respeitada (HERMES; LAMARCA, 2013).

Ferreira et al. (2011) aponta que o psicólogo deve ter a percepção do fundamento religioso que envolve o paciente como alternativa para reforçar o suporte emocional, proporcionando-lhe entender o sentido da sua vida, do seu sofrimento e do seu adoecimento, o que é considerado por alguns autores como a psicologia da religião.

Cabe ressaltar que a escuta e o acolhimento são instrumentos indispensáveis ao trabalho do psicólogo para conhecer a real demanda do paciente, além de ter que possuir

uma boa comunicação interpessoal seja em linguagem verbal ou não, firmando assim uma relação de confiança com o paciente (HERMES; LAMARCA, 2013).

Além disso, os profissionais de saúde em geral precisam conhecer e explorar essa temática que é tão rica, porém pouco discutida. Diante dessa compreensão, o indivíduo recorre às crenças religiosas para compreender o pós-morte e em busca de uma forma de lidar com a angústia da iminência da morte e das incertezas desse fenômeno. O defrontar com o processo de finitude faz com que alguns pacientes busquem na transcendência uma preparação para o desfecho inevitável, em que ao acreditar que há “algo além” dá a sensação de continuidade da vida e/ou de outro projeto existencial, diminuindo o medo da morte (BENITES, NEME & SANTOS, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência do adoecer e da iminência da morte possibilita a reflexão acerca da ressignificação da vida e dos valores pessoais. Nesse sentido, muitos pacientes recorrem aos significados e a busca de apoio no âmbito espiritual ao se deparar com o diagnóstico e a vivência dos cuidados paliativos. Isto é, o início dos cuidados paliativos atrelados ao significado do adoecer e da espiritualidade remetem ao limite da vida e aceitação da finitude, bem como a revalorização da vida e a luta diária pela sua preservação. Além disso, a morte é compreendida como um momento natural da existência e a finalização do projeto existencial (BENITES, NEME & SANTOS, 2017).

Os cuidados paliativos requerem a ação de uma equipe multiprofissional, uma vez que busca cuidar do indivíduo de modo holístico, ou seja, em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. As principais limitações dos profissionais envolvem déficit de conhecimento entre profissionais e familiares e falta de organização da equipe multidisciplinar. Com isso, pode haver utilização de medidas irrisórias, prolongando o sofrimento do paciente e seus familiares (FREITAS E PEREIRA, 2013; HERMES & LAMARCA, 2013).

Além disso, os profissionais enfrentam conflitos perante a assistência aos pacientes em cuidados paliativos, uma vez que essas dificuldades provocam tristezas e impotência, que se diferenciam em grau diante da vivência de cada profissional, já que o sentimento reflete um conjunto de particularidades enfrentadas por cada pessoa. A

comunicação é fundamental nessa estratégia em saúde, porque possibilita identificar e acolher, empaticamente, as necessidades do indivíduo (ALCANTARA *ET AL*, 2018).

Percebe-se, que as famílias são o elemento básico de qualquer sociedade, sendo a primeira rede social de apoio, assim como determinante de inúmeras características do indivíduo, o que a torna uma rede de grande valia e significado particular. Assim, em situações de enfermidade é comum à reorganização dos papéis para promoção da assistência ao enfermo, diante do exposto, é essencial que a equipe multidisciplinar que atua em cuidados paliativos se some a família na promoção da saúde do doente, objetivando amenizar o sofrimento físico, psicossocial e espiritual (ESPÍNDOLA, QUINTANA, FARIAS & MÜNCHEN, 2018).

A atuação do psicólogo vai além do paciente, se estendendo também aos familiares do sujeito, podemos observar que a falta de profissionais qualificados, a hierarquia, demanda de trabalho e a dificuldade de comunicação com a equipe são grandes desafios enfrentados pelos Psicólogos, Assim, percebemos a relevância de um Psicólogo desempenhando seu papel junto da equipe multidisciplinar, Cuidados Paliativos é um assunto que deve estar na pauta do dia para a área da saúde, pois, de acordo com a ANCP, ainda há um enorme desconhecimento relacionado ao tema.

Diante da pesquisa realizada pude notar que tem poucas publicações sobre a importância do psicólogo nos cuidados paliativos, as maiores das publicações são focadas na área de enfermagem, o papel do psicólogo também é fundamental nesse momento tão delicado, tanto para o paciente quanto para sua família, acredito que faltam mais artigos, leituras, pesquisas voltadas para a área de Psicologia.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Crêterios de qualidade para os cuidados paliativos no brasil**. Rio de janeiro: diagraphic, 2006. 60p.

ANCP. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. 2ª edição. Rio de Janeiro: solo, 2012. Disponível em: <https://paliativo.org.br/download/manual-de-cuidados-paliativos-ancp/>. Acesso em: 08 de abril 2022.

ARAUJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. **A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo**. Revista escola de enfermagem da usp, são paulo, v. 41, n. 4, p.668-674, 2006.

AVANCINI, B. S. ET AL. **Cuidados paliativos à criança ontológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem**. Esc. Anna Nery, 2009; 13(4): 708-716.

BARBOSA SMM. **Cuidados paliativos em pediatria**. In: ancp, academia nacional de cuidados paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: diagraphic; 2009.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado paliativo**. São Paulo, 2008. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/446028/mod_resource/content/1/Cuidados_Paliativos_CREMESP.pdf

DELALIBERA M, BARBOSAL A, LEAL I. **Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos**. Ciência e Saúde, 2017.

EMANUEL, E. J; EMANUEL, L. L. **The promise of a good death**. The Lancet 1998; 351(suppl ii): 21-29.

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**. Rev. Sbph2011; 14(2): 85-98.

GIVEN B, WYATT G, GIVEN C, GIFT A, SHERWOOD P, DEVOSS D, RAHBAR M. **Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life**. Oncol nurs forum 2004; 31(6): 1105-1117.

GROV EK, DAHL AA, MOUM T, FOSSÅ SD. **Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase** ann oncol 2005; 16(7): 1185-1191.

HERMES, HÉLIDA R.; LAMARCA, ISABEL C. A. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde**. Ciênc. & saúde coletiva. Vol.18, n.9, p.2577-2588, set. 2013.

HUDSON P, PAYNE S. **The future of family caregiving: research, social policy and clinical practice**. In: Hudson p, Payne s, editors. Family carers in palliative care:

a guide for health and social care professionals new York: Oxford university press; 2009. P. 277-303

HUDSON P. **Positive aspects and challenges associated with caring for a dying relative at home.** Int j palliat nurs 2004; 10(2): 58-65.

JONES, E. **Terapia dos sistemas familiares.** Lisboa: climepsi, 1999

JUVER, J. (2007). **Cuidados paliativos no hospital geral.** Revista prática hospitalar, ano ix (53), 192-194, set./out.

KAPARI M, ADDINGTON-HALL J, HOTOPF M. **Risk factors for common mental disorder in caregiving and bereavement.** J pain symptom manage 2010; 40(6): 844-856.

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, 1(1): 34-42, 2007.

MATOS JC, BORGES MS. **A família como integrante da assistência em cuidado paliativo,** 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR).secretaria de vigilância em saúde, **departamento de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde Brasil,** 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Dispõe sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa.** Brasília (DF): ministério da saúde; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Resolução da diretoria, colegiada - rdc nº 11,** de 26 de janeiro de 2006.

NUNES, L. **O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos. In: academia nacional de cuidados paliativos (anep).** Manual de cuidados paliativos. São Paulo: anep; 2009. P. 218-220.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Programas nacionais de controle do câncer: políticas e princípios de gerenciamento.** 2. Ed. Genebra, 2002.

PAULA, QUEIROZ, CRISZTINA. **Papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer,** 2011.

PAYNE S, SMITH P, DEAN S. **Identifying the concerns of informal carers in palliative care.** Palliat med 1999; 13(1): 37-44.

PINHO LMO, BARBOSA MA. **A morte e o morrer no cotidiano de docentes de enfermagem.** Rev enferm uerj [internet]. 2008 abr/jun [cited 12 July 2013]; 16 (2): 243- 8.Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a17>. Pd

RABELLO CAFG, RODRIGUES PHA. **Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia**. Ciênc saúde coletiva [internet] 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&PID=s141381232010000200013

REIGADA CARLA, RIBEIRO JOSE, NOVELLAS ANNA, PEREIRA LUIS, **o suporte à família em cuidados paliativo**, 2014. Disponível em: 16478-texto do artigo-72933-1-10-20140826 (1). pdf

RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS, 2014. Disponível em: <http://www.icpcn.org/wpcontent/uploads/2015/07/Relat%C3%b3rio-do-gdt-de-PPP-2. Pdf>.

RHODES P, SHAW S. **Informal care and terminal illness. Heal soc care community** 1999; 7(1): 39-50.

SOUZA, K. C.; CARPIGIANI, B. (2010). **Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos**. Psicologia: teoria e prática, 12(1), 97-108.

SOUZA TCF, CORREA JÚNIOR AJS, SANTANA ME ET AL. **Cuidados paliativos pediátricos: análise de estudos...** Português/inglês rev enferm UFPE online, Recife, 2018. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/relatorio-dogdt-de-cpp.pdf>.

TOLEDO, A. P.; PRIOLLI, D. G. **Ensino dos cuidados no fim da vida**. Revista brasileira de educação médica, Brasília, v. 36, n. 1, p. 109-117, 2012.

Uma análise da situação de saúde e das causas externas [internet]. Brasília: **ministério saúde**; 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf

WANDERLEY MB, BLANES DN, ARREGUL CC, SANDA CT, BELTRÃO rev. **Publicização do papel do cuidador domiciliar**. São Paulo, 1998.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2 edition. Geneva: Who