



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC
FACULDADE REGIONAL DE CIÊNCIAS EXATAS E SOCIAIS
DE BARBACENA- FACEC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

THELMA SIMONE NOVAK DE ASSIS ALVIM

**PSICOLOGIA E A MORTE: a atuação do psicólogo com pacientes oncológicos em
estágio terminal**

**BARBACENA
2015**

THELMA SIMONE NOVAK DE ASSIS ALVIM

PSICOLOGIA E A MORTE: a atuação do psicólogo com pacientes oncológicos em estágio terminal

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof.Dr. Helder Rodrigues Pereira

**BARBACENA
2015**

Thelma Simone Novak Assis Alvim

A PSICOLOGIA E A MORTE: a atuação do psicólogo com pacientes oncológicos em estágio terminal

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Helder Rodrigues Pereira

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Helder Rodrigues Pereira
Universidade Presidente Antônio Carlos- UNIPAC

Prof^a. Me. Carla Cristina Soares de Oliveira do Vale
Universidade Presidente Antônio Carlos- UNIPAC

Prof^a. Me. Vilmará Lúcia Rodrigues Teixeira
Universidade Presidente Antônio Carlos- UNIPAC

Dedico aos meus filhos Pedro Henrique, Rafael e Isadora, à minha mãe Edna, e amigos. Por estarem sempre presentes, amparando-me nessa longa jornada e por nunca terem me deixado desistir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu forças nessa longa caminhada, nos momentos mais difíceis me auxiliando para seguir em frente.

Agradeço especialmente ao professor orientador Helder, pela paciência e dedicada orientação e apoio em todos os momentos necessários.

E aos professores Carla e Vilmara, componentes da banca examinadora pelas importantes observações apresentadas.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

Resumo

Este trabalho tem como tema central a atuação do psicólogo com pacientes oncológicos terminais, que são aqueles que não possuem mais expectativa de cura, devendo ser aplicado os cuidados paliativos, onde o esperado passa a ser a morte independentemente da terapêutica utilizada. Psicologia Hospitalar é a área de atuação da psicologia que visa entender e tratar os aspectos psicológicos em torno do adoecimento. Dentre as áreas de atuação do psicólogo, esta é uma das que causam maior aproximação entre estes profissionais e seus pacientes. Este profissional deverá atuar de forma solidária e humanitária, dando maior atenção a estes pacientes auxiliando-lhes no período de hospitalização, enfatizando sobre o que lhe resta de vida, amenizando assim a dor e o sofrimento na fase terminal, humanizando o tratamento, dando um fim de vida digno a estes pacientes. Deverão ser aplicados os chamados cuidados paliativos, que serão ministrados por este profissional em conjunto com uma equipe multidisciplinar. Também é importante o trabalho deste profissional com as famílias dos pacientes, ajudando a reestabelecer o equilíbrio emocional e enfrentar com mais resignação a questão da morte e do luto, que também serão temas tratados em nosso estudo

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar. Câncer. Cuidados Paliativos. Pacientes terminais. Morte. Luto.

Abstract

This work is focused on the psychologist with terminal cancer patients, which are those that have no more expectation of cure and should be applied palliative care, where the expected becomes the death regardless of the treatment used. Health Psychology is the area for psychological intervention aimed at understanding and addressing the psychological aspects surrounding the illness. Among the psychologist's practice areas, this is one of that cause closer relations between these professionals and their patients. This professional must act in solidarity and humanitarian way, giving more attention to these patients helping them during hospitalization, emphasizing on what remains of his life, thus easing the pain and suffering in terminal phase, humanizing treatment, giving a end of life worthy to these patients. They should be applying so called palliative care, which will be given by this professional together with a multidisciplinary team. Also the work of this professional is important to the families of patients, helping to restore emotional balance and face more resignation to the question of death and mourning, which will also be topics covered in our study.

Keywords: Health Psychology. Cancer. Palliative care. Terminal Patients. Death. Grief.

LISTA DE ABREVIATURAS

CACON- Centro de Alta Complexidade em Psicologia

CFP- Conselho Federal de Psicologia

DOU- Diário Oficial da União

FGV-RJ- Fundação Getúlio Vargas Rio de Janeiro

INCA-Instituto Nacional do Câncer

OMS- Organização Mundial de Saúde

PUC- Pontifícia Universidade Católica

SUS – Sistema Único de Saúde

UniCEUB- Centro de Ensino Unificado de Brasília.

USP- Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O SURGIMENTO DOS HOSPITAIS E O SURGIMENTO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR	11
2 PACIENTE TERMINAL	17
2.1 Definição de Paciente Terminal	17
2.2 O diagnóstico de terminalidade para o paciente oncológico	18
2.3 Os cinco estágios do paciente terminal	22
3 CUIDADOS PALIATIVOS	25
4 MORTE E LUTO: conceito e características	29
4.1 A morte e suas implicações	29
4.2 O processo de luto	32
5 TRABALHO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR	35
5.1 Trabalho com pacientes oncológicos terminais	35
5.2 Trabalho com as famílias dos pacientes terminais oncológicos	39
5.3 Influência da terminalidade na equipe	40
6 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	45

INTRODUÇÃO

Psicologia hospitalar é a área de atuação da psicologia que visa a entender e tratar os aspectos psicológicos em torno do adoecimento. Não trata somente as doenças com causas psicológicas classicamente denominadas psicossomáticas, mas também dos aspectos psicológicos existentes em toda e qualquer doença. É um ramo da Psicologia que se diferencia dos demais, sendo que procura humanizar a prática dos profissionais da saúde dentro do contexto hospitalar, priorizando a subjetividade do indivíduo. (SIMONETTI, 2011)

O psicólogo é o profissional que trata da mente e dos fenômenos e atividades mentais. Este, quando trabalha no interior dos hospitais realizando procedimentos, é chamado de psicólogo hospitalar.

O trabalho do psicólogo hospitalar com pacientes terminais oncológicos diferencia-se do trabalho dos psicólogos das demais áreas da psicologia. Tendo em vista que a psicologia forma estes profissionais para compreender e auxiliar os indivíduos com algum problema ou distúrbio psicológico, visando um progresso em sua saúde mental, este tem a tarefa de lidar com pessoas que não mais têm expectativa de vida, aplicando-lhes cuidados paliativos de forma a reduzir seu sofrimento e se resignar diante da morte.

Os pacientes terminais “são aqueles que estão em fase terminal de uma doença, onde o esperado passa a ser a morte independentemente da terapêutica utilizada, sendo esta neste momento mais paliativa, pois não há expectativa de cura”. (ALAMY, 1999, p.12)

Partindo desta definição, podemos conceituar o paciente terminal oncológico, como aquele que devido a um estágio avançado de câncer, não possui mais expectativa de cura, independente do tipo de tratamento utilizado, devendo ser ministrados cuidados paliativos, proporcionando uma morte digna, humanizando o tratamento e proporcionando um fim de vida digno.

Esses pacientes são submetidos a longas e dolorosas seções de quimioterapia ou radioterapia, debilidade física e emocional (até mesmo depressão), perda de órgãos, em algumas situações mais graves, o que os levam a intenso sofrimento físico e emocional. O trabalho do psicólogo com esses pacientes consiste em amenizar a dor da fase terminal.

O psicólogo deve agir de forma solidária e humanitária, dando maior atenção a esses pacientes. Não deve enfatizar sobre a doença e sim, do que resta de vida, fazendo com que o mesmo compreenda em sua subjetividade, o seu valor diante do meio em que vive.

A presença da família é muito importante nesta fase, pois, compartilha os momentos

dolorosos e ajuda os pacientes suportarem a dor e a encarar a morte como um processo natural.

Outra função desse psicólogo engloba o trabalho com os familiares desses pacientes. Há um abalo psicológico profundo, devido ao acompanhamento de todo o sofrimento do paciente até o momento de seu óbito. A dolorosa perda de um ente querido depois de um longo período de internação, que é comum na maioria dos casos, torna-se inaceitável, deixando o processo do luto mais complexo. Estas são questões que merecem tratamento em nosso estudo.

Este estudo tem por objetivo mostrar o trabalho dos psicólogos atuantes da área da psicologia hospitalar com pacientes terminais com câncer, o trabalho com as famílias destes pacientes durante o período de internação e tratamento da doença e questões como morte e luto.

Dada a complexidade do tema, para um estudo minucioso, será feita uma abordagem interdisciplinar com ênfase na psicologia existencialista, que tem como base a filosofia existencialista. O existencialismo tem como principal preocupação compreender e explicar a experiência humana. O ser humano no existencialismo é composto pela relação entre três instâncias – no mundo interno do sujeito, de suas inter-relações e no mundo externo a ele. Esses três mundos acontecem simultaneamente na pessoa e se influenciam entre si. A existência é vista como uma contínua relação entre o sujeito consigo mesmo e com o mundo. (SILVA, 2007)

Também será utilizada uma abordagem, histórica, médica e antropológica; Iniciando pela abordagem histórica, onde será narrado o surgimento e origem da Psicologia Hospitalar. Em seguida serão abordados temas relacionados à medicina, como conceitos sobre cuidados paliativos e as principais doenças que levam a terminalidade, em especial o câncer. Importante também estudar questões antropológicas como a visão da morte e processo do luto. Por fim, será tratado o assunto principal do tema que é o trabalho do psicólogo hospitalar com os pacientes oncológicos em fase terminal.

Portanto, este estudo tem por objetivo principal demonstrar o trabalho dos psicólogos atuantes da área da Psicologia Hospitalar com pacientes oncológicos em fase terminal, o trabalho com as famílias destes pacientes durante o período de hospitalização, elaboração do processo de luto após morte do paciente e questões como morte e luto em geral.

Esperamos que este estudo seja útil na formação dos novos profissionais que desejam atuar nesta área, esclarecendo de forma didática as possíveis dúvidas relacionadas ao tema, contribuindo desta forma para o desenvolvimento da psicologia enquanto ciência e profissão.

IBREVE HISTÓRICO SOBRE O SURGIMENTO DOS HOSPITAIS E O SURGIMENTO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

A psicologia é a ciência que estuda os processos mentais e o comportamento humano. Origina-se dos radicais gregos *psiquê* “alma” *elogia* que significa “estudo” (CAMPOS, 1995).

A história da Psicologia nasce com a filosofia através de alguns filósofos, como Sócrates, Platão e Aristóteles que se dedicaram a investigar as manifestações da alma humana, enquanto princípio da vida, dos sentidos, e das manifestações espirituais, e às primeiras indagações do homem sobre o mundo. O homem passa a ser racional, indagando, pensando e filosofando. (CAMPOS, 1995)

A Psicologia se desligou da filosofia e tornou-se uma ciência independente, diante da necessidade de uma ciência que explicasse os aspectos individuais e subjetivos do homem, passando a adotar métodos para conhecer e intervir no ser humano. (CAMPOS, 1995)

Para compreendermos o surgimento da Psicologia Hospitalar, devemos retomar um passado remoto quando surgem os primeiros hospitais, onde eram propiciados cuidados relativos à saúde e aos atendimentos que se assemelhavam aos atuais trabalhos desenvolvidos pelos profissionais da Psicologia.

Estes hospitais foram criados como locais de isolamento e os atendimentos eram ministrados como prática da caridade cristã por religiosos (irmãs de caridade e monges). As pessoas que eram atendidas nesses locais eram da classe socialmente desfavorecida que apresentavam algum tipo de enfermidade, ou ainda para auxiliar mulheres desamparadas, idosos e portadores de doenças crônicas, andarilhos e viajantes. (CAMPOS, 1995)

Os locais de atendimento onde eram propiciados os cuidados eram chamados de *hospitium* ou *hospitalis*, que são originadas do radical latino *hospes* que, traduzindo para a língua portuguesa, significa hóspedes. Posteriormente, derivando deste mesmo radical, surgiu a palavra “hospital” que hoje utilizamos para se referir as entidades de assistência e cuidados à saúde humana. (CAMPOS, 1995 *apud* GONÇALVES, 1995)

O primeiro hospital a ser compreendido como entidade de assistência surgiu na Itália. Os cuidados aplicados eram muito limitados, com poucas tecnologias aplicadas, típico do desenvolvimento da medicina da época. Esses tratamentos objetivavam restabelecer a saúde de pessoas enfermas, prestar assistência e conclusão de diagnósticos simples. (CAMPOS, 1995)

Na América latina, o primeiro hospital criado foi o “Hospital Jesus de Nazareth”, na Cidade do México, em 1524. No Brasil, em 1538, foi fundada a primeira Santa Casa de Misericórdia, na cidade de Santos no estado de São Paulo. (CAMPOS, 1995)

Após alguns séculos, a Psicologia Hospitalar começa a ter início de forma bem sutil. Segundo dados históricos, este ramo da Psicologia teve início em 1818, no Hospital McLean, em Massachussets (Estados Unidos), quando se formou a primeira equipe interdisciplinar, em seu quadro contava com um psicólogo.

Foi também neste hospital que foi fundado o primeiro laboratório de pesquisas sobre Psicologia Hospitalar, onde foram desenvolvidas as primeiras pesquisas e estudos sobre este tema, em 1904, quando médicos despertaram interesse sobre conceitos de psicossomática e outros temas diretamente voltados para a Psicologia.

No Brasil, os primeiros casos de aplicação dos conceitos de Psicologia Hospitalar ocorreram na década de 30. Os psicólogos da época apresentavam outras alternativas à internação psiquiátrica. Foi desta forma que o psicólogo implantou seu exercício profissional na instituição de saúde. (ISMAEL, 2005)

Os hospitais, a partir da década de 50, passaram a ser comparados a empresas, aplicando novos conhecimentos nas áreas de administração e hotelaria, para melhor se adequar às suas funções, de forma a propiciar melhores atendimentos. (LAMOSA, 1992)

Foi posteriormente a esta transição que os psicólogos ingressaram nos hospitais brasileiros, de forma lenta e gradual, o que pode ser considerado um marco e um fato recente na história da Psicologia.

Os psicólogos eram contratados, a princípio para a aplicação de testes psicológicos, para a realização de psicodiagnósticos ou ainda para a área de recrutamento e seleção. Posteriormente, os psicólogos foram se ingressando na área clínica, atuando nos hospitais e dando o suporte aos pacientes, suas famílias e às equipes de saúde, o que se tornou um dos objetivos principais dessa área da Psicologia. (LAMOSA, 1987)

Matilde Neder foi a primeira psicóloga a atuar na área da Psicologia Hospitalar no Brasil, instalando um Serviço de Psicologia Hospitalar no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na década de 50. Esta psicóloga, ao desempenhar seu trabalho, colocou em prática a técnica de seus conhecimentos teóricos, adequando-os à realidade institucional. Houve então a criação de modelos que agilizavam os atendimentos tornando-os adequados à realidade hospitalar.

Na década de 70, a Associação Americana de Psicologia criou a divisão de Psicologia da Saúde. No início dos anos 80, começou a ser publicada a *Revista de Psicologia da Saúde*. Esta área se propunha a promover e manter a saúde; prevenir e tratar doenças; identificar a etiologia e os diagnósticos e atuar no sistema de política social da saúde. Nesta mesma época, foi implantado o Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob responsabilidade de Bellkiss Wilma Romano Lamosa. Esta psicóloga já havia atuado em diversas unidades do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), mas, ao assumir esta responsabilidade, estava sedimentando a Psicologia Hospitalar e registrando seu nome no percurso e na história desta especialidade. (ANGERAMI-CAMON *et al.*, 2004)

A realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, na cidade de Alma-Ata na União Soviética foi um fato importante para a inserção do psicólogo na área da saúde. A partir de então, passou a ser enfatizada a importância da promoção da saúde e prevenção de doenças, despertando maior preocupação com a adesão do paciente ao tratamento. Desta forma, foi ampliada a inserção do psicólogo no contexto hospitalar, uma vez que a opção de adesão ou não ao tratamento implica em questões psicológicas. Antes da década de 70, poucos eram os profissionais de saúde mental que trabalhavam na área oncológica, focavam apenas nas pesquisas sobre a personalidade e as atitudes que poderiam causar o câncer; atendimento de problemas psiquiátricos dos pacientes com câncer causados pelo processo de ajustamento ao diagnóstico da doença e os estudos sobre as questões da morte e luto. (MUYLAERT, 1995)

O primeiro curso de Psicologia Hospitalar no Brasil foi oferecido pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), também sob a coordenação de Bellkiss Wilma Romano Lamosa, em 1976. Regina D'Aquino criou em Brasília, em 1979, um trabalho especificamente voltado para atender pacientes em estágio terminal, que se tornou um marco da atuação dos profissionais da psicologia diante da morte e suas implicações. No mesmo ano, teve início sob coordenação de Wilma C. Torre, o Programa de Estudos e Pesquisas em Tanatologia da Fundação Getúlio Vargas no Rio de Janeiro (FVG-RJ). Neste ano, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), que é um órgão de referência nacional no tratamento desta patologia, segundo dados históricos, contratou o primeiro psicólogo. (ANGERAMI-CAMON *et al.*, 2004)

Na década de 80, no Brasil, já eram desenvolvidos trabalhos isolados de pesquisa sobre assistência psicossocial a grupos de pacientes e de atendimento psicoterápico a pacientes em hospitais e consultórios, além da formação de grupos de autoajuda composto por pacientes e ex-pacientes de câncer. (MUYLAERT, 1995)

O primeiro curso de Especialização em Psicologia Hospitalar foi oferecido pelo Instituto *Sedes Sapientiae* de São Paulo, em 1981, sob a responsabilidade de Valdemar Augusto Angerami-Camon, psicólogo escritor de diversas obras sobre o tema. No ano seguinte, Marli Rosani Meletti, implantou o Setor de Psicologia do Serviço de Oncologia

Ginecológica da Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência após anos de atividades. Mesmo ano em que Heloísa Benevides Carvalho Chiattonne implanta o Setor de Psicologia do Serviço de Pediatria do Hospital Brigadeiro em São Paulo. Foi promovido, em 1983, o I Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar pelo Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. A organizadora do evento foi Bellkiss W.R. Lamosa. Este foi o primeiro evento de âmbito nacional a reunir diversos psicólogos que atuavam nas mais variadas áreas da Psicologia, pelos mais diferentes pontos do país. (ANGERAMI-CAMON *et al.*, 2004)

Em 1985, no Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Setor de Psicologia passa a ser um Setor independente, com uma equipe composta por seis psicólogos. Em 1998 obteve-se um grande avanço na área de Psicologia, pois, o psicólogo passava a ser membro da equipe multidisciplinar cuidadora do paciente com câncer, atuando em todas as etapas do processo do tratamento oncológico. Tal fato se deu quando o Ministro da Saúde da época, através da portaria 3.535 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 14/10/98, tornou obrigatória a presença de profissionais especialistas em Psicologia Clínica como um dos critérios para cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). (MUYLEAERT, 1995)

Durante muito tempo, a Psicologia Hospitalar não possuía métodos próprios e utilizava-se de recursos técnicos e metodológicos de outros ramos da Psicologia, que nem sempre se mostraram adequados ao contexto hospitalar. Não existia um parâmetro que traçasse estratégias, dificultando a implantação da Psicologia nas instituições de saúde. A partir da ausência de métodos na prática da Psicologia no contexto hospitalar, iniciou-se um direcionamento de estudos e obras literárias a respeito dessa prática, a fim de se fortalecer a identidade do profissional dessa área. (ANGERAMI-CAMON, 2002)

Para Ismael (2005), desde o ano 2000, a Psicologia Hospitalar foi reconhecida como uma especialidade pelo Conselho Federal de Psicologia (2007, p.21), que oferece e desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamento, que tem como principais objetivos:

A avaliação e o acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente à promoção e/ou recuperação da saúde física e mental. Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente e do paciente, paciente/família e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo.

Angerami-Camon *et al.* (2004) informa que no ano de 2002 foi formada a primeira turma optativa da Psicologia Hospitalar do Centro de Ensino Unificado e Brasília (UniCEUB).

A partir do reconhecimento da Psicologia Hospitalar como especialidade pelo Conselho Federal de Psicologia, passaram a ser direcionados alguns parâmetros de atuação nesta área, através de cursos e obras de autores conhecidos nacionalmente que atuavam na área. (ISMAEL, 2005)

A Psicologia Hospitalar tem sua parte teórica firmada na área clínica, como a psicoterapia. Apesar dos pontos em comum, existem diferenças que mostram os limites de atuação do psicólogo no contexto hospitalar, é uma das áreas mais variantes da Psicologia que necessita de aperfeiçoamento. (ANGERAMI-CAMON, 2004)

2PACIENTE TERMINAL

2.1 Definição de Paciente Terminal

Os estudos de tanatologia ainda possuem muita dificuldade para definir precisamente o conceito de terminalidade entre os profissionais da área de saúde. A tecnologia na seara da medicina está em constante avanço, aperfeiçoando diariamente os tratamentos médicos, que poderão implicar em constante melhora do quadro de saúde, tornando-se difícil o diagnóstico exato para determinar que o paciente não sobreviva ao estado em que se encontra e nem mesmo podendo quantificar seu tempo de vida diante de um quadro de uma doença degenerativa. (KÜBLER ROSS, 1991)

Inúmeros são os diagnósticos e avaliações que poderão ser definidos por diferentes profissionais a um paciente, o que dificulta o diagnóstico, tornando complexa a definição exata de paciente terminal. (MENDES *et al.*, 2009)

Gutierrez (2001) corrobora o entendimento do autor supracitado, afirmando não ser um conceito simples de se estabelecer. A terminalidade parece ser o tema central deste conceito, pois pode ser considerado um quadro terminal quando se esgotam as possibilidades de cura do paciente e a possibilidade de morte próxima parece ser irreversível.

Vejamos a definição de Paciente Terminal dada por Marengo *et al.* (2009, p.6):

O paciente terminal é aquele que teve esgotadas as possibilidades de resgate das condições de saúde, e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O indivíduo se torna ‘irrecuperável’ e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar.

Quando nos referimos ao paciente terminal oncológico, trata-se do paciente que devido ao estágio avançado em função do câncer, não possui mais expectativa de cura. (YAMAGUCHI, 1994)

O conceito de paciente terminal estigmatiza o indivíduo. A sociedade pode interpretar a condição de terminal como “não há mais nada a fazer”, levando o paciente ao abandono, à solidão e estado latente de dor, angústia e de sofrimento, já que a morte está próxima e as pessoas com quem convivia se afastaram. (KOVÁCS, 2005)

Não possuir mais expectativa de cura não significa dizer que “não há mais nada o que fazer”. Quem pensa e/ou pronuncia esta frase, certamente, desconhece a dimensão humana e sua subjetividade. Tratar o ser humano como um objeto que por “não ter mais conserto” deve ser “descartado”, desconsiderando as implicações que tal condição impõe sobre a sua vida e a dos seus familiares, é desumano. Aquele que tem tempo de vida limitado merece ser cuidado e ter uma “boa morte”, considerada como uma morte digna, assistida,

onde seus sintomas físicos sejam tratados e esse ser humano seja considerado em seus aspectos sociais, psicológicos e espirituais. (KOVÁCS, 2005)

Angerami Camon (2002) completa o raciocínio afirmando que os pacientes são rejeitados, porque para sociedade atual, consumista e capitalista, são considerados improdutivos por não estarem exercendo nenhuma atividade. Além dos problemas típicos da doença e da mudança brusca do cotidiano que os pacientes enfrentam, o autor salienta que uma das atitudes mais terríveis é o preconceito que sofrem, que proporciona muito mais dor do que ao tratamento o qual é submetido, a sociedade leiga e ignorante considera a doença terminal como infectocontagiosa e seus portadores, pessoas que necessitam ser isoladas do convívio social.

Segundo o autor, certos pacientes com doenças degenerativas, mesmo não estando em fase terminal, possuem o aspecto físico fraco, abatido e pálido, e em decorrência da doença não voltarão a desempenhar as atividades que desenvolviam antes da doença. E ainda completa dizendo como deve ser o tratamento em relação aos pacientes terminais: “O portador de uma doença degenerativa será sempre visto pela sociedade como alguém que mereça sempre sentimentos de complacências.” Dessa forma deve-se tratar dignamente estas pessoas, fazendo com que sejam respeitadas até o fim de sua vida. (ANGERAMI-CAMON, 2002, p. 48)

2.2O diagnóstico de terminalidade para o paciente oncológico

Existem doenças que levam a terminalidade em função de sua autodestrutividade. Estão fora da possibilidade terapêutica, são doenças progressivas como AIDS, câncer e as doenças degenerativas. O termo “fora de possibilidade terapêutica” pode dar ideia de que terapêutico é só o que leva à cura. Alívio da dor e controle de sintomas neste contexto não serão considerados como terapia, serão aplicados os chamados de Cuidados Palitivos, que tem por objetivo tal finalidade. Assim, diante da situação de terminalidade não se deve abandonar o paciente, mesmo havendo impossibilidade de cura, deve-se tentar amenizar a dor e o sofrimento, e controlar os sintomas da doença, dando a este um fim de vida digno. (KOVÁCS, 2010)

Dentre as doenças degenerativas que são capazes de levar a terminalidade, o câncer é a principal, sendo a segunda maior causa de mortes no Brasil, mais comum à partir dos trinta anos de idade. Muitas vezes o paciente descobre a doença e tem diagnóstico em fase avançada, levando dessa forma, à morte. (SOUZA e TURRINI, 2011)

Um dos fatores relacionados ao grande número de portadores dessa doença é a

exposição das pessoas a produtos potencialmente cancerígenos. Não somente a questão da alimentação implica no desenvolvimento da patologia, diversos estudos apontam o surgimento do câncer após terem vivenciado situações de perda, separação ou luto, que provocam sentimentos de tristeza, desespero, ansiedade, desesperança. Ou seja, há indícios que o surgimento do câncer intimamente ligado a fatores de ordem emocionais.

O câncer ainda é considerado uma “sentença de morte”, mesmo com os avanços da medicina. A literatura nos mostra que o câncer sempre foi percebido como algo vergonhoso, sujo, contagioso e sem cura, sendo uma doença tradicionalmente rejeitada pela sociedade. É comum ouvir de pessoas pouco instruídas a seguinte definição “fulano está com doença ruim” ou até mesmo tem receio em pronunciá-la “fulano tem aquela doença”, isto para se referir ao câncer que é associado a dor, sofrimento e degradação.(CARVALHO, 1998)

Qualquer célula de nosso organismo é capaz de se transformar e dar início um tumor maligno. Os conflitos e resistência em relação ao diagnóstico partem da denominação “câncer”, tendo em vista os conceitos erroneamente criados acerca da doença e experiências de pessoas conhecidas que passaram por tal situação que não tiveram acesso aos tratamentos existentes na atualidade, faz com que o diagnóstico seja interpretado como a possibilidade de morte iminente do doente. (YAMAGUCHI, 1994)

Nos pacientes com câncer, o diagnóstico e o processo da doença é uma dolorosa experiência vivenciada por estes e também por seus familiares como um momento de intensa angústia, sofrimento e ansiedade. O câncer é considerado uma doença dolorosa e mortal, que acarreta significativas perdas do cotidiano e de bem estar físico e psicológico, causando prejuízos nas habilidades funcionais, vocacionais e incerteza quanto ao futuro. Durante o tratamento que geralmente é de longo prazo, são despertadas preocupações em relação à morte, além do receio incessante das mutilações e dor. (CARVALHO, 1998)

O diagnóstico de câncer também é frequentemente acompanhado da depressão. Um dos principais motivos é o fato do paciente não conseguir manter uma aceitação interior da doença. Outro fator que leva à depressão relaciona-se a questões estéticas, por exemplo, a paciente do sexo feminino, no procedimento de quimioterapia, terá que raspar a cabeça, nos casos do câncer de mama, poderá ter seus seios mutilados, afetando sua autoestima. Durante o tratamento de quimioterapia e radioterapia há perda de peso acentuada, e a aparência mantêm-se frágil. Além disso, o paciente não mais terá facilidade em desenvolver atividades cotidianas, precisará de ajuda constante de familiares. Há casos em que o paciente encontra-se tão debilitado que necessita de um cuidador em tempo integral. Haverá hospitalização, geralmente por longos períodos, e nos casos graves onde o paciente está em estágio terminal,

terá de lidar com a morte iminente. São estes processos que levam o paciente a um forte sentimento de angústia, fazendo com que o mesmo entre em depressão profunda. (MORAES, 1994)

Quando o paciente oncológico necessita de hospitalização é uma situação que lhe provoca desconforto e sofrimento, visto que esta lhe causa uma ruptura e afastamento de tudo o que lhe é familiar até o momento, trazendo então consigo sentimentos de isolamento, abandono e a interrupção de laços afetivos pessoais, profissionais e sociais. O hospital se torna um ambiente hostil, que provoca sentimentos de impotência, vulnerabilidade, fragilidade e perda de autonomia do paciente. Neste período o paciente possui dificuldade de auto reconhecimento, teme pela sua condição, fica apreensivo pela morte iminente e as sequelas que a doença poderá causar provocam imensa angústia ao paciente. (MORAES, 1994)

Lara (2006) corroborando o entendimento, afirma que as taxas elevadas de depressão em pacientes com câncer também podem estar relacionadas ao estigma, medo, percepção da patologia e sintomas associados à doença. A maioria dos pacientes diagnosticados com câncer manifestam o medo de morrer dolorosamente, que associam-se ao medo da dependência e incapacidade, seguidos ainda do medo de alterações físicas que modifiquem a aparência e a perda dos entes queridos que estiveram presente em sua vida.

Moraes (1994) completa o pensamento da autora afirmando que a percepção do câncer é vivenciada psiquicamente como uma grande perda de um objeto, havendo a possibilidade de uma perda real ou iminente ameaça de perdas de objetos com os quais o paciente está relacionado e que são necessários para a sua satisfação, sendo então essa perda constituída pela menor participação das atividades familiares e profissional e também pela perda brusca de alguns padrões de relacionamento.

O paciente em muitos casos não tem consciência da gravidade do seu quadro clínico, porém, começa a perceber através das atitudes daqueles que o cercam que algo está anormal, sussurros, olhares de piedade, os levam a interpretar sobre a gravidade de seu diagnóstico. Os profissionais da saúde tem grande dificuldade em informar ao paciente sobre seu diagnóstico, quando se trata de uma doença terminal. Na maioria das vezes a dificuldade reside na forma de dar a notícia. Há receio quanto à reação do paciente e qual a extensão do dano psicológico que pode ser causado. (KÜBLER ROSS, 1996)

Há certo desconforto para a família e até mesmo da equipe médica em utilizar o termo “paciente terminal”, por ser um termo pejorativo. Entretanto, atualmente com o advento da Medicina Paliativa, vê-se uma mudança de paradigma sobre este conceito. Houve inclusive

a elaboração de um escrito que foi chamado de Carta dos Direitos do Paciente Terminal, com objetivo de disseminar tais idéias e fazê-las valer sem preconceitos. (SERPA,2003, p. 12-14)

Carta dos Direitos do Paciente Terminal

a) Ser tratado como pessoa humana até a morte; b) Ter esperança, não obstante as mudanças que possam ocorrer; c) Ser cuidado por pessoas que mantêm o sentido da esperança; d) Expressar, à sua maneira, os sentimentos e as emoções diante da morte; e) Participar das decisões referentes aos cuidados e tratamentos; f) Receber cuidados médicos e de enfermagem mesmo que os objetivos de „cura“ mudem para objetivos de „conforto“; g) Não morrer sozinho; h) Ser aliviado na dor e no desconforto; i) Que suas perguntas sejam respondidas honestamente; j) Não ser enganado; k) Ao aceitar a morte, ser ajudado por seus familiares, e que estes também sejam ajudados neste momento; l) Morrer em paz e com dignidade; m) Conservar a individualidade e não ser julgado pelas decisões que possam ser contrárias às crenças dos demais; n) Discutir e aprofundar sua religião; o) Que seu corpo seja respeitado; p) Ser cuidado por pessoas sensíveis, humanas e competentes que, compreendam suas necessidades e o ajudem a enfrentar a morte garantindo sua privacidade.

“Além da preocupação com o curar deve existir a preocupação com o cuidar, já que a morte faz parte da condição de ser humano e, sendo assim, todos os seres humanos estão sujeitos a esta condição imutável de mortalidade, a qual não pode ser vencida ou curada”. (SERPA, 2003, p. 139)

Kübler-Ross (1996), afirma que a partir do momento que o médico explica o diagnóstico da doença terminal, o paciente se sente mais seguro, verá que não está sozinho, que seu médico está ali para auxiliá-lo a enfrentar os problemas que a doença lhe trouxe.

De acordo com Stedeford (1986, p. 88) o paciente terminal após o diagnóstico, poderá encarar positivamente o fim da vida e tomar algumas providências em relação à sua morte:

Não devemos desacreditar na capacidade que o paciente terminal tem em realizar e organizar tarefas importantes antes de partir. Deixar resolvidos assuntos sobre finanças, preferência na hora do sepultamento, como se sentiria se soubesse que o seu cônjuge se casaria novamente e como o seu parceiro sobreviverá após a sua morte são questões cruciais para que o paciente sinta-se aliviado e menos culpado, tornando seu sofrimento menos angustiante.

O paciente terminal enfrenta muitos conflitos internos onde suas emoções estão confusas em relação à doença. Além de um acentuado temor que se relaciona com seu tempo de vida limitado. Diante desses conflitos causados em função da mudança de hábitos cotidianos e surgimento da doença há alterações psíquicas que necessitam do auxílio de um psicólogo para ajudar o paciente a enfrentar estas questões. A área da psicologia que estuda estas manifestações é a psico-oncologia. (ANGERAMI-CAMON, 2002)

O papel do psicólogo-oncológico será muito importante neste momento, sendo que usará de seus conhecimentos e habilidades profissionais, para encontrar a maneira mais

adequada para informar o diagnóstico da terminalidade e atuar junto ao paciente e seus familiares objetivando estabilidade emocional diante da morte iminente do paciente, e de luto e perda para os familiares. (STEDEFORD, 1986)

2.3 Os cinco estágios do paciente terminal

A suíça Elizabeth Kübler Ross, psiquiatra, pesquisadora e tanatóloga em seus estudos e trabalhos observou as mudanças no comportamento dos pacientes terminais. Verificou que na maioria dos casos os mesmos não eram receptivos à oportunidade de falar abertamente sobre sua condição e sabiam que estavam perto de morrerem, embora não recebessem informação sobre esse fato. Após ouvir mais de quinhentos pacientes terminais, a partir destas observações criou um modelo de comportamento que se tornou referência quando se fala no assunto da terminalidade. Este modelo foi apresentado em seu livro *Sobre a Morte e o Morrer*, publicado originalmente em 1969. Neste modelo são propostos cinco estágios pelos quais as pessoas passam ao lidar com a perda, o luto e a tragédia. De acordo com esse modelo, pacientes diagnosticados em estágio terminal passam por cinco estágios: negação, revolta, barganha, depressão e aceitação.

Segundo Kübler-Ross (1991), a *negação* em geral é o primeiro estágio de um processo psíquico que ocorre em pacientes terminais. Nesta fase, após o choque do diagnóstico de terminalidade, o paciente se isola e como forma de defesa recusa a aceitar a morte como realidade.

Segundo Ballone (2002) é uma espécie de mecanismo de defesa temporário do ego contra a dor psíquica diante da morte. A intensidade e duração dessa fase dependem de como o paciente e as outras pessoas ao seu redor são capazes de lidar com a dor, pois esse período dura pouco tempo.

No segundo estágio o paciente sente *raiva* (frustração), torna-se agressivo pela consciência da morte iminente e revolta-se. Nesse estágio há questionamentos internos “porque eu?”, “por que isso aconteceu comigo?”. É necessária a compreensão das pessoas próximas como familiares e equipe interdisciplinar, apoio e auxílio na transição dessa fase, entendendo que a angústia do doente se converte em raiva, ficando agressivo porque se sente interrompido em suas atividades habituais pela doença e pela morte iminente.

Havendo deixado de lado a Negação e o Isolamento, o paciente começa a perceber que a raiva nada resolveu, entra no terceiro estágio, “*a barganha*”. É a fase que o paciente apresenta bom comportamento na expectativa de que isso lhe traga a cura. A maioria dessas barganhas é feita com alguma divindade ou entidade superior, normalmente, mantidas em

segredo. Nestas barganhas o paciente promete ser uma pessoa melhor em troca de sua cura. Na realidade, a barganha é uma tentativa de retardo da morte. Nessa fase o paciente se mantém sereno, reflexivo e dócil.

O paciente após as barganhas infrutíferas entra na chamada fase de *depressão*. Neste estágio o doente toma consciência de seu estado de saúde frágil e debilitado e já não tem mais como negar sua proximidade da morte e percebe que sua barganha com o mundo espiritual e/ou com alguma divindade não surtiu efeito e começa a tomar consciência da sua real situação. Surge um sentimento de grande avaria, a dor e o sofrimento psíquico vão dominando o quadro clínico do paciente que chora constantemente e aparenta tristeza. Há um déficit na esperança de cura e no otimismo. Entre outras, estas são características depressivas que tornam-se evidentes nessa fase. (KÜBLER-ROSS, 1991)

Quando se percebe uma estabilidade emocional do doente, considera-se que ele está na fase da *aceitação*, nem todos os pacientes alcançam esta fase. Há uma mudança de postura e de humor em pacientes próximos à morte. Ao aceitar sua finitude os pacientes começam a relaxar e apresentar uma postura serena e espiritualizada. O silêncio é priorizado nesse estágio, pois o doente encara a realidade com mais serenidade e enfrentamento. É considerado o momento no qual o paciente já não experimenta o desespero e nem nega sua realidade. É comum que o paciente faça declarações, pedidos de perdão e reconciliações. Esse é um momento de descanso e serenidade antes da morte. Nesta fase é a família quem mais necessita de ajuda, pois, percebem o fim próximo do ente querido, passando a vivenciar o luto antecipatório. Logo após a morte as feições do paciente demonstram paz, calma e serenidade. Esse é último estágio quando o paciente aceita a sua condição de doente e morre.(KÜBLER-ROSS, 1991)

As fases psicológicas na doença terminal, não seguem uma ordem predeterminada, como mencionado acima, é uma manifestação psicológica subjetiva que varia de acordo com o indivíduo. O paciente religioso irá encarar a morte como a vontade da entidade superior a qual crê, sem questionamentos, lastimando apenas pela dor da perda da família e amigos. Aquele com espiritualidade mais esclarecida terá mais facilidade em encarar a morte como um processo, uma passagem. A ajuda do psicólogo será sempre fundamental em todas estas fases, sendo que dotado do conhecimento destes estágios, assistirá ao paciente terminal auxiliando-o lidar com os sentimentos e emoções que afloram, ajudando-o na compreensão e na transitoriedade dos mesmos, bem como respeitando cada momento vivido pelo paciente, sem julgá-lo e sem lhe impor sua perspectiva. (PEREIRA; DIAS, 2007)

É importante lembrar que a família e a equipe médica passam pelas mesmas fases

durante o processo da doença até a morte, porém não tão evidentes quanto a do paciente terminal. (PEREIRA; DIAS, 2007)

Além destas questões emocionais os pacientes apresentam sintomas físicos tais como: dor, náuseas, vômitos, constipação, falta de ar, fraqueza, que são variáveis de acordo com a doença terminal que o paciente possui.

No caso de pacientes oncológicos há também a debilidade física, a perda de peso acentuada, há perda de cabelos em função das sessões de quimioterapia que provocam vômitos, mal estar, dores de cabeça, náuseas, indisposição, em alguns casos mutilação de órgãos. Os sintomas típicos da doença concomitantes com depressão e os estágios acima citados devem ser analisados e tratados com ajuda do psicólogo-oncológico visando dar uma morte digna ao paciente terminal. (FERREIRA, 2001)

3CUIDADOS PALIATIVOS

Os profissionais da saúde são preparados para prevenir doenças, para diagnosticar e tratar, para aplicar cuidados intensivos. Mas são poucos os que estão preparados para a morte de seus pacientes, para não mais utilizar medicamentos e/ ou não utilizar mais terapias que serão inúteis e permitir ao paciente que se despeça naturalmente da vida com dignidade. (BRANDÃO, 2005)

Após o diagnóstico, quando o câncer está em fase inicial, o tratamento geralmente é agressivo, com objetivo de cura ou remissão, e isso é compartilhado com a família e com o paciente de forma otimista. Quando a doença já se apresenta em estágio avançado ou evolui para esta condição, mesmo durante o tratamento com finalidade curativa, a abordagem paliativa deve entrar em cena no manejo dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados à doença. Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se impõe, para através de seus procedimentos garantir qualidade de vida, melhor dizendo, de fim da vida.

O término de uma terapia curativa para o câncer não significa o final de um tratamento ativo, mas mudanças em focos de tratamento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente excludentes e propõe que muitos aspectos dos cuidados paliativos devem ser aplicados mais cedo, no curso da doença, em conjunto com o tratamento oncológico ativo, e são aumentados gradualmente como um componente dos cuidados do paciente do diagnóstico até a morte. A transição do cuidado ativo para o cuidado paliativo é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente. (INCA, 2013)

Diante do agravamento da doença e a instalação de um quadro de irreversibilidade, um tratamento doloroso e invasivo pode tornar-se, muitas vezes, degradante e, por conseguinte, desnecessário, diante de tal situação, surgem os Cuidados Paliativos. Tais cuidados, geralmente se referem aos cuidados do paciente nos últimos dias, semanas ou meses de vida, quando se torna claro seu estado progressivo da doença.

O cuidado paliativo é uma modalidade de assistência surgida no final da década de 60, no século XX, na Inglaterra, contrapondo-se a uma prática médica de excluir o doente do processo de tomada de decisões relativas à sua vida e, em especial, à sua própria morte.

O termo “paliativo” deriva do latim *pallium*, que significa manto, capote. Dando a ideia de prover um manto para aquecer aquele que passa frio. Essa assimilação é para demonstrar a essência dos Cuidados Paliativos: que é aliviar dores e sintomas e “cobrir” de

cuidados aqueles pacientes para quem a medicina já não oferece recursos curativos. (PESSINI&BERTACHINI, 2005)

O atendimento paliativo requer uma abordagem transdisciplinar, partindo do princípio que seu objetivo é de efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem no fim de sua vida. Atitudes como estas, acabam exigindo que a equipe de saúde mude o foco do curar para o cuidar. A preocupação central passa a ser a morte digna. (PESSINI, 2002)

Os Cuidados Paliativos são procedimentos feitos por todos os integrantes de uma equipe multiprofissional, que oferecem uma opção de tratamento adequado a pacientes que não possuem mais expectativa de cura.

Nessa perspectiva, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em conceitua os Cuidado Paliativos da seguinte forma:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (INCA, 2013, p.2)

Os cuidados paliativos modernos estão organizados em diferentes patamares de complexidade que se somam em um cuidado integral e ativo. Os cuidados paliativos gerais referem-se à abordagem do paciente a partir do diagnóstico de doença em progressão, atuando em todas as dimensões dos sintomas que vierem a se apresentar.

Já os específicos são requeridos ao paciente nas últimas semanas ou nos últimos seis meses de vida, no momento em que torna-se claro que o paciente encontra-se em estado progressivo de declínio. Todo o esforço é feito para que o mesmo permaneça autônomo, com preservação de seu auto cuidado e próximo de seus familiares e amigos.

Os cuidados ao fim de vida referem-se, em geral, aos últimos dias ou últimas setenta e duas horas de vida. O reconhecimento desta fase pode ser difícil, mas, é extremamente necessário para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e sua família para perdas e óbito. Mesmo após o óbito do paciente, a equipe de cuidados paliativos deve dar atenção ao processo de morte: como ocorreu, qual o grau de conforto e que impactos trouxe aos familiares e à própria equipe interdisciplinar. A assistência familiar pós-morte promovida pelo psicólogo pode e deve ser iniciada com intervenções preventivas. (BRANDÃO, 2005)

Portanto, em Cuidados Paliativos, não há o objetivo de curar o paciente, mas sim, um acolhimento daquele que, diante da irreversibilidade de seu diagnóstico, e impossibilidade de cura receberá um tratamento que preserve sua dignidade, mesmo diante da morte. Estes

cuidados visam à humanização do atendimento ao paciente em estado terminal. (PESSINI, 2002)

A equipe multiprofissional deve dirigir atenção à família cujo desgaste com a situação, o acompanhamento do sofrimento e o prenúncio da morte, podem potencializar esgotamentos físicos e psíquicos percebidos pelo doente, causando estresses, trazendo transtornos e afetando a saúde psíquica de todos. (PESSINI, 2002)

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2013, p. 13), os Cuidados Paliativos aplicados aos pacientes com Câncer, devem seguir os seguintes princípios:

Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispnéia e outras emergências oncológicas; Reafirmar vida e a morte como processos naturais; Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente; Não apressar ou adiar a morte; Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente; Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

Os Cuidados Paliativos devem ter como pontos fundamentais:

A unidade de tratamento compreende o paciente e sua família; Os sintomas do paciente devem ser avaliados rotineiramente e gerenciados de forma eficaz através de consultas frequentes e intervenções ativas; As decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos devem ser feitos com base em princípios éticos; Os cuidados paliativos devem ser fornecidos por uma equipe interdisciplinar, fundamental na avaliação de sintomas em todas as suas dimensões, na definição e condução dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, imprescindíveis para o controle de todo e qualquer sintoma; A comunicação adequada entre equipe de saúde e familiares e pacientes é a base para o esclarecimento e favorecimento da adesão ao tratamento e aceitação da proximidade da morte. (INCA, 2013, p. 4)

Embora sejam estabelecidos alguns parâmetros que devem ser seguidos na aplicação de Cuidados Paliativos, algumas entidades traçam normas internas a respeito, como é o caso do “Hospital Mãe de Deus”, localizado na cidade de Porto Alegre/RS, que elaborou a Norma nº 643 que diz respeito sobre a terminalidade e traça algumas diretrizes sobre os Cuidados Paliativos:

3.1- Tratamento nos Cuidados Paliativos:

3.1.1- Os cuidados paliativos devem prover conforto físico, suporte psicossocial e espiritual;

3.1.2- É importante reconhecer, abertamente, o processo de morrer e nem sempre considerar a morte como uma falha de profissionais de saúde ou da ciência ou como um inimigo;

3.1.3- Quando um paciente está sob cuidados paliativos, isso não significa que ele será abandonado ou que não receberá medicação. Há necessidades de cuidados intensivos e de supervisão médica, altamente qualificada, com o objetivo de aliviar o sofrimento ou melhorar a qualidade de vida dos pacientes terminais (GONÇALVESS, 2012, p.6).

Cria-se a falsa ideia que somente os pacientes com câncer podem se beneficiar dos

cuidados paliativos, no entanto tais cuidados devem ser utilizados para todos os pacientes em estágio terminal.

Vejam os que a Norma 643 da Terminalidade do Hospital das Mães de Deus dispõe a respeito do tema:

Os cuidados paliativos não estão só indicados para os pacientes com câncer. Eles podem ajudar qualquer pessoa com uma doença sem possibilidade de cura. Várias doenças degenerativas se encaixam nesse perfil, como a esclerose múltipla, a esclerose lateral amiotrófica e outras doenças neurológicas progressivas, os quadros demenciais, independente da doença de base, os pacientes com bronquite crônica (doença pulmonar obstrutiva crônica) que são dependentes de oxigênio, os pneumopatas crônicos com quadro de hipoxemia grave e pacientes com insuficiência cardíaca terminal sem indicação de transplante, entre outras. (GONÇALVES, 2012, p.8)

Em cuidados paliativos, muito mais importante que o objetivo de curar e prolongar a vida, é ajudar a proporcionar uma boa morte. De acordo com Chiba (2008), “não há por que ficar ‘improvisando’ o processo de morrer. Há sempre tempo para aprimorar as nossas vidas, enquanto vivermos.” (CHIBA, 2008, p.50)

Estes cuidados têm por objetivo, melhorar a qualidade de vida do doente humanizando o modo de cuidar, aliviando sua dor e sua saúde psíquica. Respeitando princípios constitucionalmente defendidos, como a dignidade humana. E também de sua família. (CHIBA, 2008)

4 MORTE E LUTO: conceito e características

4.1 A morte e suas implicações

Morte e morrer são palavras que todos nós seres humanos evitamos pronunciar e sobre as quais a maioria de nós procura não pensar. Há dificuldade em conviver e trabalhar com a ideia da morte, como consequência, atrapalha a sua elaboração e impede que se lide com tranquilidade com as perdas, que são naturais e ocorrem inevitavelmente ao longo da vida.

A morte é tão natural quanto a vida, é um ritual de passagem do qual não se pode esquivar, pois todo aquele que nasce um dia também morrerá. Mas apesar de se reconhecer a inevitabilidade da morte ainda existe grande resistência diante deste fato e o silêncio é utilizado como um subterfúgio para melhor lidar com o acontecimento.

A vida e a morte coexistem no espaço do corpo desde a concepção e os contrários tornam-se um só em um diálogo em que nunca desaparecerão. Assim, o início e o fim, os segundos e o nada, os opostos e os contrários falam à natureza humana, habitando o corpo com o paradoxo da vida e da morte. (GUTIERREZ, 2001)

Segundo Heidegger (2006), a morte é o fim do ser no mundo. Afirma que somos um ser para a morte, que é uma possibilidade que está presente determinando a vida desde o nascimento. Partindo desta definição conclui-se que a morte, é uma angústia ampliada. Quando o ser humano conscientiza-se para a morte, passa a auto questionar-se sobre sua existência como ocorre na angústia. (HEIDEGGER, 2006)

A morte é um dos maiores mistérios que desafia a humanidade, prevalecendo dentre os séculos. O homem tenta desvendar este mistério e conceituar este fenômeno através da tanatologia.

Tanatologia é o ramo da ciência que estuda a morte, palavra de origem grega, onde *Thánatos* é o deus da morte e *logia* significa estudo. Assim, conceitua-se como o estudo da morte. Este estudo se desenvolveu após a segunda Guerra Mundial. A Tanatologia é uma área de conhecimento que envolve cuidados a pessoas que vivem processos de morte pela perda de pessoas significativas, processos de adoecimentos, em decorrência de comportamentos autodestrutivos, suicídios por causas externas, pela violência presente principalmente nos grandes centros urbanos. (KOVÁCS, 2008)

O estudo da tanatologia é de grande importância para desmistificar preconceitos e fornecer subsídios para um melhor preparo ao lidar com questões relacionadas à morte, proporcionando a valorização da humanização no cuidado de pessoas enlutadas e pacientes

terminais assim como também de seus familiares, através de gestos de conforto e respeito. A morte é teoricamente indefinível, assim como não se pode conceituar a vida. Por isso, deveria ser suficiente procurar compreender e aceitar essa única e insofismável verdade. Para Kovács (1992), a morte clínica é definida quando todos os sinais de vida (consciência, reflexos, respiração, atividade cardíaca) estão ausentes, embora uma parte dos processos metabólicos continue a funcionar.

Supera hoje esse conceito dado o advento da era da transplantação de órgãos. O conhecimento de que a morte não é o cessamento puro e simples, num átimo, das funções vitais, mas, sim, toda uma gama de processos que se desencadeiam inexoravelmente durante certo período de tempo, afetando paulatinamente os diferentes órgãos do corpo humano. (CROCE, 2002, p. 1094)

Em decorrência da falta de conhecimento dos diversos aspectos existentes na natureza, há a utilização do termo “milagre” quando o paciente supera a doença, diferente do diagnóstico médico. Nestes casos é comum atribuir-se a recuperação do paciente a questões religiosas, porém devem ser consideradas questões orgânicas individuais que contribuem diretamente para a recuperação do paciente. (GUTIERREZ, 2001)

É preciso que exista uma postura mais flexível pelos profissionais da saúde e estudiosos da tanatologia para aceitar que há milhões de coisas que não podemos compreender, mas que nem por isso deixam de existir e de ser verdadeiras.

A iminência da morte na cultura ocidental provoca intenso sofrimento tanto para o paciente que está diagnosticado como terminal como para todas as pessoas que tem contato com o mesmo, pois na sociedade ocidental, morrer é um dos pontos culminantes e críticos da existência humana, habitualmente relacionado à tristeza e ao sofrimento. “Falecer significa se despedir, deixar de fazer parte deste mundo, afastar-se do convívio de pessoas queridas. Morrer causa temor. É o desconhecido que está por vir.” (KÜBLER-ROSS, 1991, p.33)

Segundo Kovács (1992), cada um traz dentro de si a sua representação subjetiva da morte, por tradição cultural, familiar ou mesmo por investigação pessoal. Completa o raciocínio ainda afirmando que desde o período em que os homens habitavam as cavernas, havia diversos registros sobre a morte que era vista como ruptura, perda, desintegração, degeneração, fascínio, sedução, que poderia ser uma grande viagem, entrega, descanso ou alívio.

Segundo a autora, cada pessoa pode relacionar o pensamento de morte a um dos seguintes aspectos:

Medo de morrer: quanto à própria morte, surge o medo do sofrimento e da

indignidade pessoal. Em relação à morte do outro é difícil ver o seu sofrimento e desintegração, o que origina sentimentos de impotência por não se poder fazer nada.

Medo do que vem após a morte: quando se trata da própria morte e o medo do julgamento, do castigo divino e da rejeição. Em relação à do outro, surge o medo da retaliação e da perda da relação.

Medo da extinção: diante da própria morte existe a ameaça do desconhecido, o medo de não ser e o medo básico da própria extinção. Em relação ao outro, a extinção evoca a vulnerabilidade pela sensação de abandono (KOVÁCS, 1992, p.54).

Corroborando Silva (2007, p.32), o pensamento da autora, ao citar que a morte tem um conceito subjetivo e individual. A morte passa a ter diferentes conceitos e significados de acordo com quando é posta diante de alguma cultura, pois cada pessoa, grupo, povo, nação tem uma percepção diferente da morte. A visão de morte é definida e modelada de acordo com as vivências, sendo influenciada pela cultura e pela religião em que o indivíduo está inserido.

Cada cultura vai ditar a morte como algo bom ou ruim, o fim ou o início de uma jornada, ou mais a prisão ou a liberdade de um indivíduo como consequência de suas atitudes durante a vida. Dessa forma, a concepção que se tem sobre a morte e a atitude do sujeito diante dela, tende a se alterar de acordo com o contexto histórico e cultural, e a abordagem pelo paciente sobre a morte influenciará diretamente no seu tratamento.

Este conceito é subjetivo e variável de acordo com a idade cronológica. A criança embora, ao contrário do que imaginam os adultos tem uma percepção e conceito da morte. Ela vivencia este tipo de experiência, com a perda de animal de estimação, com cenas na televisão ou em jogos infantis. A morte é vivenciada pela criança através de perdas afetivas, tentando compreender o que se passa. Os adultos de forma, equivocada, pensam que as crianças não têm consciência da morte e então fantasiam conceitos, mudam de assunto para não falar do tema, que acabam confundindo a criança. (KOVÁCS, 1992)

O adolescente tem a possibilidade cognitiva de compreender o conceito de morte. Pelo seu desenvolvimento cognitivo, tem consciência de que a morte é definitiva, irreversível. Tem o mesmo prenúncio de morte que um adulto, que sofre influências culturais. Porém, mesmo tendo vivenciado mortes concretas (amigos, parentes), não imagina a ideia de sua própria morte. Pelo fato de estar numa fase de conquistas e descobertas, encara a morte como um desafio prazeroso, e passa a desafiá-la. A prática de esportes radicais, uso excessivo de álcool e drogas, excesso de velocidade na direção de veículos automotores, são desafios empreitados por adolescentes diante da ideia que a morte não lhe atingirá. (KOVÁCS, 1992)

A morte é bem aceita para o idoso da sociedade ocidental. Esta aceitação está relacionada ao fato de que já foram concluídas todas as etapas da vida. Apesar da perspectiva cultural, a morte tem maior probabilidade em idosos por questões biológicas. Quando o velho tem satisfação na vida cotidiana pode se desprender para desenvolver uma busca espiritual e

mais tranquilamente enfrentar a morte. A perspectiva da morte em pessoas idosas portadoras de câncer está presente, agravada pela doença e pela fragilidade física do corpo. Entretanto, o medo de morrer é uma experiência individual. O estereótipo do velho como um sábio, que não tem mais desejos e está preparado e esperando pela morte, não condiz com a realidade. (KOVACS, 1992)

Segundo Kovács (1992), por ter consciência de sua finitude o homem busca sua imortalidade. Durante todo seu desenvolvimento o homem cria possibilidades de ocultamento desse assunto, em termos culturais e psicológicos. A morte na visão cultural ocidental, não é vista como um processo natural inerente a vida, o que leva as pessoas a adotar vários métodos para tentar adiá-la. Estas se valem da tecnologia utilizada pela medicina estética entre outros, realizando cirurgias plásticas, exercícios físicos de forma compulsiva e imoderada, acúmulos de bens materiais, filhos para continuarem o nome e estão dispostas a tudo para ficarem cada vez mais jovens. “As pessoas estão cada vez mais tentadas a prolongar a vida, vão distanciando da morte, não pensando nela, e procuram esquecê-la.” (WEISS, 2009, p.16)

4. 2 O processo de luto

Bowlby (2004) define o luto como sendo uma resposta ao rompimento de um vínculo significativo, pode vir acompanhado de sintomas como tristeza, desânimo, falta de interesse no mundo externo, dificuldade em esboçar sentimentos, inibição das atividades, diminuição da autoestima, culpa e punição.

Segundo o autor: “A perda de uma pessoa amada é uma das experiências mais intensamente dolorosas que o ser humano pode sofrer. É penosa não só para quem a experimenta, como também para quem a observa, ainda que pelo simples fato de sermos tão impotentes para ajudar.” (BOWLBY, 2004, p. 4)

O processo de luto tem início quando é dado o diagnóstico. Assim começa o que Bowlby (2004) chama de luto antecipatório, ou seja, já existe o sentimento de perda com a pessoa ainda viva. Este sentimento de luto, de perda, ocorre devido à vulnerabilidade física do paciente.

Corroborando o luto antecipatório, Inocentietal(2009) referem que o diagnóstico diante da possibilidade de sua confirmação, passa a ser sentido como uma ameaça a vida, que rompe o equilíbrio familiar. Permanece, então, a marca da morte antecipada nas pessoas que convivem com o paciente terminal.

Na passagem sobre o luto, Campos (1995, p.71) destaca:

Antes do advento da tecnologia o homem era mais familiarizado com a morte, pois a

família se fazia mais presente no leito de morte do doente, assim como as cerimônias que possibilitavam maior expressão de sentimentos, como a tristeza e a dor. Porém, com os avanços da medicina, como por exemplo, o surgimento de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), o paciente passou a ficar mais solitário e a família menos presente. Esse afastamento contribuiu para que expressões de dor e tristeza fossem banidas, dificultando assim a elaboração do luto.

É tarefa do psicólogo hospitalar ajudar na questão do luto antecipatório, buscando formas de confrontar com o sentimento de perda trazido por este, fazendo com que os familiares não passem esse sentimento de perda ao paciente e sim procurem aproveitar os últimos instantes da vida do ente querido. (CAMPOS, 1995)

O processo de luto propriamente dito ocorre diante da perda do ente querido. A maioria das pessoas enlutadas necessitam de auxílio de familiares e amigos para que com o passar do tempo, supere a perda e volte a desempenhar suas atividades cotidianas. Em alguns casos o processo de luto necessita do auxílio de um profissional, neste cenário de um psicólogo hospitalar.

A pessoa enlutada, antes de completar o processo de luto, deve realizar quatro atividades básicas. A não realização destas tarefas pode influir negativamente no crescimento e desenvolvimento futuros. No entanto sua realização não necessita de seguir uma ordem pré determinada, porém, Worden (1998) sugere a seguinte ordem: “I – Aceitar a realidade da perda; II – Elaborar a dor da perda; III – Ajustar-se a um ambiente onde está faltando a pessoa que faleceu; IV – Reposicionar, em termos emocionais, a pessoa que faleceu e continuar a vida.”(WORDEN,1998, p.28)

Segundo Freud(1913), corroborando o entendimento de Worden, “o luto tem uma tarefa física que precisa cumprir: a sua missão é deslocar os desejos e lembranças da pessoa que faleceu”. As fases do luto, assim como as fases da vida humana devem ser vividas, de modo a não prejudicar o desenvolvimento, sem danos e/ou traumas futuros.(FREUD, 1913, p.65)

Franco (2002) define as diferentes dimensões atingidas no processo de luto: - Dimensão Intelectual: desorganização, falta de concentração, desorientação e negação; - Dimensão Emocional: choque, entorpecimento, raiva, culpa, alívio, tristeza, medo, confusão; - Dimensão Física: alteração do apetite, do sono, do peso; - Dimensão Espiritual: sonhos, perda ou aumento da fé; - Dimensão Social: perda da identidade, isolamento, perda da habilidade de do interesse em se relacionar socialmente.

Segundo a autora, cada pessoa vivencia o luto à seu modo, sendo uma experiência única e particular devido características subjetivas de personalidade e a forma de vinculação em relação à pessoa perdida. (FRANCO, 2002)

Kovács acrescenta que diante da morte é frequente a atribuição de culpa em relação à morte do outro, muitas vezes associada à falta de cuidados e sentimentos exacerbados no processo de luto. Sentimentos estes que podem ser superados com a ajuda de um psicólogo conhecedor das fases do luto, ou seja, o psicólogo hospitalar. (KOVÁCS, 1992)

5TRABALHO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR

5.1 Trabalho com pacientes oncológicos terminais

O trabalho de um psicólogo tornou-se imprescindível nos hospitais, dada sua sensibilidade e capacidade em lidar com questões ligadas ao emocional que são desconsideradas pelos outros profissionais da saúde. Em casos de terminalidade há alterações psíquicas que atingem o paciente, então, faz-se imprescindível a atuação de um profissional da psicologia, junto à clínica médica, capaz de facilitar superação e alívio de ordem psicológica e emocional. (CAMPOS, 1995)

A psico-oncologia é uma subespecialidade da oncologia, que tem a finalidade de tratar os aspectos do adoecimento por câncer, é a área de interface entre a oncologia e a psicologia. Busca ser facilitadora nos processos de comunicação entre paciente, família e equipe. É definida da seguinte forma:

[...] Uma subespecialidade da Oncologia, que procura estudar as duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico do câncer: 1) o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, sua família e profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento; 2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência ao câncer. (HOLLAND, 1990, p. 11)

O psicólogo que atua na psico-oncologia, tem o objetivo de manter o bem-estar psicológico do paciente, identificando e compreendendo os fatores emocionais que intervêm na sua saúde através da psicoterapia. Dentre outros, os objetivos do trabalho desse profissional consiste na prevenção e redução dos sintomas emocionais e físicos causados pelo câncer e seus tratamentos, levar o paciente a compreender o significado da experiência do adoecer, possibilitando assim ressignificações desse processo. (CAMPOS, 1995)

Esse profissional trabalha inteiramente voltado para o paciente, auxiliando-o a buscar mecanismos de enfrentamento que o ajudarão a manter sua autoestima e estabilidade diante do seu adoecimento, o que se faz necessário diante de um quadro de terminalidade. Ele atua juntamente à clínica médica, e através de seus conhecimentos teóricos em psicossomática, auxilia na superação e alívio dos males psicológicos e emocionais. “Dessa forma o trabalho destes profissionais tornou-se imprescindível nos hospitais, dada sua sensibilidade e capacidade em lidar com questões consideradas irrelevantes por outros profissionais da saúde.” (ANGERAMI-CAMON, 2004, p. 72)

O paciente hospitalizado necessita de adaptação ao momento que vive, devido as bruscas mudanças em seu cotidiano. O auxílio do psicólogo neste processo, intervindo junto

ao paciente em relação às mudanças concretas e objetivas tem como principal objetivo a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização.(SIMONETTI, 2011, p.74)

O psicólogo tem como função acompanhar o paciente e aos fatores que influenciam sua estabilidade emocional, como orientar as rotinas da UTI, estimular o contato do paciente com a família e equipe, facilitando a comunicação que deve ser efetiva e afetiva.

Com o paciente fora de recursos terapêuticos de cura, ou seja, aquele que está em estágio terminal, o psicólogo deve priorizar a compreensão dos desejos do paciente e não a possibilidade de vida. Devem ser “tratados” os desejos não a doença. (SANTOS, 1996)

Esse profissional deve ter o foco no paciente, independentemente da abordagem ou da terapia utilizada. Deverá se adequar de forma a reduzir o medo, a ansiedade e a angústia do paciente hospitalizado diante da terminalidade. Deve ser um observador atento a cada detalhe expresso pelo paciente e interveniente no processo de aceitação de sua condição atual, tendo como preocupação a saúde mental da pessoa que está sob seus cuidados. (SILVA, 2007)

De acordo com Esslinger (2004), aqueles que estão em morte iminente, necessitam de alguém que possa estar próximo a eles, para compartilhar sua dor, que acolha e ouça suas dúvidas, angústias, anseios e esperanças, a autora denomina de morte anunciada. É uma maneira encontrada pelo paciente de ter a chance de traduzir e dar significado para a experiência do óbito ou dar novo significado para sua vida, para tanto é necessário auxílio do psicólogo.

O psicólogo diferencia-se dos demais componentes da equipe multidisciplinar por ofertar atenção e escuta às aflições, anseios e angústias do paciente. A psicologia se interessa em respeitar a sua subjetividade, restituindo-lhe o lugar de sujeito no mundo, que a medicina lhe subtrai com a agressividade dos tratamentos e a hospitalização.(SIMONETTI, 2011)

O psicólogo antes de entrar em contato com o paciente terminal deverá observar se houve solicitação de atendimento e se há demanda. A solicitação trata-se do pedido de qualquer pessoa, inclusive do próprio paciente. A demanda se refere ao estado de incômodo ou questionamento sobre seu quadro de adoecimento, deve partir do paciente sendo que é fundamental que exista para um melhor resultado no tratamento. Porém, nada obsta o início do trabalho do psicólogo apenas com a solicitação, sendo que a demanda pode surgir posteriormente. (SIMONETTI, 2011)

Antes de iniciar o atendimento deve haver uma identificação do psicólogo ao paciente. Importante conferir o nome e o número do leito antes de iniciar a consulta e posteriormente, munido destes dados, procurar outras informações que o levem a conhecer melhor o paciente. É interessante que o psicólogo se identifique ao paciente todas as vezes

que for atendê-lo antes de iniciar seu trabalho, a fim de evitar confusões. (SANTOS, 1996)

No ambiente hospitalar, o psicólogo não precisa de um local determinado e específico para desenvolver seu trabalho com pacientes terminais, até mesmo porque esse ambiente geralmente não favorece a atividade psicoterapêutica em termos de espaço físico. Simonetti (2011) ainda enfatiza que o local de atendimento não pode ser tratado como um espaço real, porque ele é virtual e psíquico, trata-se de um artifício, uma construção para que a terapia ocorra. O mais importante durante a psicoterapia não é o local e sim que o psicólogo esteja disposto a ouvir e atender aquele paciente que deseja falar.

O ambiente hospitalar muitas vezes é tumultuado, principalmente no começo do dia, entretanto aconselha-se que o horário ideal para que o psicólogo atenda o paciente seja no final da tarde. Justificando tal, Simonetti (2011), afirma que durante o final da tarde no ambiente hospitalar é o momento mais tranquilo do dia.

Não há como determinar o tempo de atendimento para cada paciente no contexto hospitalar. As terapias ocorrem em tempo irregular devido às condições clínicas e necessidades do paciente e as intervenções médicas que podem estar sendo realizadas no momento do encontro. (SIMONETTI, 2011)

Segundo Ferreira (1997), as maiores preocupações dos pacientes oncológicos são: sensação de falta de controle sobre a própria existência, temor da solidão e da própria morte, sentimento de impotência e fracasso e temor dos efeitos adversos do tratamento oncológico devendo ser tratados nas intervenções psicoterápicas.

É importante que o psicólogo observe os distúrbios psicopatológicos, como depressão e ansiedade graves. Sua prática poderá ser exercida em todas as etapas do tratamento, habilitando o paciente a confrontar-se com o diagnóstico e com as dificuldades dos tratamentos decorrentes, ajudando-o a desenvolver estratégias adaptativas para enfrentar as situações estressantes. (SANTOS, 1996)

Simonetti (2011), afirma que a ferramenta da terapia no contexto hospitalar é a palavra do paciente, para tal, o psicólogo deve seguir algumas técnicas, para facilitar o agir terapêutico, direcionando o tratamento. Porém não devem ser padronizadas, devendo ser adequadas a cada caso clínico.

O trabalho do psicólogo traduz-se em palavras e a observação. Ele fala, ouve e observa. Ouve ainda mais do que fala. Parece um trabalho simples, mas não é, pois o ato de escutar, falar e também captar sinais com valor de palavras pode levar o paciente a mudanças em seu quadro de bem estar. “A psicologia hospitalar trata do adoecimento no registro do simbólico, pois a medicina já trata no registro do real.” (SIMONETTI, 2011, p. 66)

Figueiredo (2008, p. 98) acrescenta outras tarefas além das descritas acima, que compreendem o trabalho psicológico com pacientes terminais, são elas:

Apoiar situações de crises tanto do paciente, quanto da família e da equipe de saúde; Presenciar situações de sofrimento em que outros não estão habituados; Promover o autoconhecimento e insight onde algumas defesas estão mais presentes; Promover mudanças específicas na forma de atuação conforme a situação exige; Compreendendo as necessidades de interrupções nos atendimentos por conta de intercorrências e dificuldades do paciente, da família ou de procedimentos; Dispor-se a atendimentos mais longos e muitas vezes silenciosos ou de escuta; Promover maior acolhimento e conforto na situação de crise. Se dispor com maior assiduidade e presença física; Dispor-se a sessões não-verbais; Poder escutar e perceber a necessidade do outro; Tornar-se disponível para um contato mais íntimo, envolvendo a proximidade física e emocional. Exemplo: Segurar a mão do paciente, ficar ao seu lado, escutar seu choro e dor.

O grupo é um tipo de intervenção muito eficaz e conhecida, muito utilizado na prática da psicologia oncológica. “As características dos grupos psicoterápicos que contribuem para sua eficácia são: compartilhar informações, universalidade de conflitos, altruísmo, comportamento identificativo, aprendizagem interpessoal, coesão grupal e catarse.” (MELLO FILHO, 2000, p.435)

Diante da debilidade causada pela doença, o paciente sente-se impotente, pois nada se pode fazer para evitar um câncer, no entanto, a sensação de poder controlar os sintomas decorrentes da doença e/ou do tratamento, é muito benéfico ao paciente que se sentirá capaz de fazer algo em seu próprio benefício. (PENNA, 1997)

Os objetivos do trabalho do psicólogo oncológico serão alcançados gradativamente de acordo que for compreendendo o que está envolvido na queixa do paciente, buscando sempre uma visão ampla do que está se passando naquele momento. (SANTOS, 1996)

Os principais objetivos da atuação do psicólogo junto a pacientes terminais são apontados por Figueiredo (2008, p.90):

Diminuir o medo da morte e levar a preparação para o processo de morrer; Compreensão da morte do ponto de vista pessoal; Ajudar a lidar com pessoas (paciente, familiar e equipe) diante do morrer; Preparação para enfrentamento do inevitável; Trabalhar os aspectos cognitivos e emocionais (compreensão, medos); Trabalhar as questões éticas e a bioética; Trabalhar as dificuldades do cuidador.

Para Penna (1997, p. 67), o psicólogo deve ter como objetivo:

Melhorar, modificar e atenuar aquilo que é disfuncional e que cause sofrimento ao paciente, que o impeça de utilizar formas adaptativas para lidar com a patologia orgânica, visando uma melhora na qualidade de vida do indivíduo na vigência de uma doença.

Num espaço de acolhimento e escuta o psicólogo deve sempre trabalhar com a realidade. Quanto mais informado o paciente estiver de sua doença, maior será sua capacidade de enfrentar o adoecer e mais confiança terá na equipe. Pacientes bem informados reagem

melhor ao tratamento. Dessa forma, deve sempre se comunicar com o paciente numa linguagem coloquial, de fácil compreensão e sempre conferir se as informações e orientações fornecidas pela equipe foram efetivamente compreendidas, esclarecendo as dúvidas existentes. (CAMPOS, 1995)

Os cuidados paliativos ministrados por psicólogos oncológicos consistem em dar um novo direcionamento aos critérios concernentes à qualidade, ao valor e ao significado da vida. É auxiliar o doente a lidar com essa situação e redescobrir o sentido da vida diante da situação de terminalidade. (FIGUEIREDO, 2008)

Como profissional de saúde, o psicólogo tem, portanto, que observar e ouvir pacientemente as palavras e silêncios, já que ele é quem mais pode oferecer, no campo da terapêutica humana, a possibilidade de confronto do paciente com sua angústia e sofrimento na fase de sua doença, buscando superar os momentos de crise como a morte. (FIGUEIREDO, 2008)

5.2 Trabalho com as famílias dos pacientes terminais oncológicos

A família é o centro na formação de crenças, valores, conhecimentos do indivíduo e, de acordo com o vínculo existente, quando um indivíduo adoece, toda a família adoece, sofrendo e sentindo as consequências desse momento vivenciado. (INOCENTI *et al.*, 2009)

Por este motivo o trabalho do psicólogo hospitalar deve se estender as famílias dos pacientes terminais. Os familiares figuram como personagens importantes no auxílio para o enfrentamento da doença. (SANTOS, 2006)

Campos (1995) acredita que ao buscar tratamento hospitalar, o paciente não leva somente seu corpo físico para ser tratado, mas também, seus familiares que acompanham todo seu processo de adoecer, seja no âmbito hospitalar ou no lar.

É de grande importância a participação dos familiares no processo de tratamento dos pacientes terminais oncológicos, e tem grande influência no estado deste, determinando inclusive aspectos de rejeição e aceitação frente ao tratamento ou até mesmo da doença. (ANGERAMI, 2002).

Em algumas situações a família deve tomar algumas providências em relação ao paciente, quando o for responsável legal:

(...) o paciente e/ou seu responsável legal tem direito irrestrito a toda informação referente à sua saúde, ao tratamento prescrito, as alternativas disponíveis e aos riscos e contra-indicações implícitas em cada etapa desta. É de reconhecimento ao paciente o direito – de recusar determinado tratamento (CAMPOS, 1995, p. 38).

A família sofre desde o adoecer, durante o doloroso tratamento do câncer (químico e

radioterapia) e com a morte do mesmo. Há uma aproximação maior, um estreitamento de laços familiares quando o paciente está em fase terminal. O cuidador, que é aquele que cuida do paciente quando este encontra-se debilitado, sofre ao ver as debilidades físicas, o agravamento da doença, e ver que o quadro de saúde é irreversível. (INOCENTI *et al.*, 2009).

Corroborando este entendimento, Silva (2007), diz que a família diante da terminalidade, em um de seus componentes, gera no cotidiano dos demais, a necessidade de organização em função do tratamento, que se constitui em momento de ruptura dos laços familiares. A família vivencia desorganização de suas rotinas e forte sofrimento de angústia causado pela convivência restrita. (SILVA, 2007)

Conforme já dito anteriormente, a família sofre o chamado luto antecipatório, que é a sensação de perda e angústia do luto com o paciente ainda vivo. Este processo se inicia no momento do diagnóstico da terminalidade, o paciente está totalmente debilitado e a família tem conhecimento de sua irreversibilidade e morte iminente. (KOVACS, 2008)

Após o falecimento do paciente, nos momentos que sucedem o período do sepultamento, os familiares são tomados geralmente por sentimentos de dor, perda, solidão, culpa, entre outros. Este é o momento em que o psicólogo deve comparecer oferecendo apoio e trabalhando para a elaboração do processo do luto. (SANTOS, 2006)

A família deve permitir o luto, abdicar da memória do falecido, reorganizar o cotidiano e papel intrafamiliar. Para o cumprimento dessas tarefas designadas à família, é de suma importância o acompanhamento e intervenção do psicólogo hospitalar, que fornecerá orientações em cada momento. A família encontrará dificuldades diante da tarefa de realinhamento estrutural familiar e re colocação de papéis, por isso é necessário o trabalho do psicólogo, para ajudá-la na busca pelo equilíbrio. (SILVA, 2007)

5.3 Influência da terminalidade na equipe

Ao cuidar de pacientes terminais os profissionais sofrem desgaste físico e emocional, por estarem acompanhando um doloroso processo de progressão da doença e triste realidade de prenúncio de morte, por presenciar o sofrimento do enfermo ao despedir-se de seus familiares e amigos e por vê-lo despedir da vida. E por acompanhar do tratamento agressivo e doloroso, caminhando sentido a morte sem poder desviar dessa direção. (AMARAL, 2008)

A equipe é quem tem a responsabilidade da cura. Portanto é a que detém o sentimento de fracasso diante da morte do paciente que permaneceu sob seus cuidados.

Os mecanismos mentais e as defesas utilizadas pelos profissionais da equipe médica são sentidos pelos pacientes e também pelos demais profissionais que compõe da equipe.

Quando os mecanismos são utilizados de forma positiva, podem contribuir para melhor adaptação, mas se utilizados negativamente, prejudicam o profissional e o paciente. (STEDEFORD, 1986)

Os profissionais da saúde na graduação são “moldados” a considerar a morte como “o maior dos adversários”, sendo o dever de tais profissionais combatê-la, utilizando-se de todos os inacreditáveis recursos tecnológicos e científicos, além de busca da melhor competência disponível.(AMARAL, 2008)

Corroborando o entendimento acima,Bifulco & Iochida (2009, p. 5), sustentam que para um profissional da saúde, cuja formação é voltada para a cura de doença e salvamento de vidas, a morte de um paciente pode ser interpretada como uma derrota profissional. “Ao perder um paciente, inconscientemente, o profissional da saúde se depara com a própria finitude.”

Para a equipe multidisciplinar, o mais difícil não é lidar com a morte e sim acompanhar o paciente vivo que está morrendo. Por isso, muitos profissionais da área da saúde fogem ao atendimento de pacientes em fase terminal. A pseudo ideia de que mais nada se tem a fazer reflete uma atitude de negação frente à própria mortalidade. (KOVACS, 2005)

Negar a morte pode dar a ideia de força e controle, todavia, uma perda seguida de um luto mal elaborado, onde a pessoa não se permite expressar dor e tristeza, traz consequências graves e aumento da possibilidade de adoecimento. (KOVÁCS, 2003)

Aos profissionais da saúde não é permitido nutrir sentimentos em relação a seus pacientes, principalmente àqueles desenganados por doenças ou em estágio terminal, pois se forem atingido ao sofrimento e a finitude do paciente, não desempenharão adequadamente seu papel profissional ealém disso, serão acometidos de sentimentos negativos como: de impotência, tristeza, pena, chateação, frustração, revolta, ansiedade, depressão, sofrimento, angústia, desgaste emocional e fracasso. (AMARAL, 2008)

Por ser da essência humana, a empatia circunda o ser humano. Por isso, quando as pessoas que compõem a equipe de multidisciplinar sofrem silenciosamente em decorrência do sofrimento dos pacientes terminais. Esse sentimento é disfarçado pelo cumprimento das tarefas no hospital, é consequência do envolvimento emocional da equipe com o paciente, sendo que estes passam a ter conhecimento da história de vida e a patologia que acomete o paciente. Este sentimento interliga-se a valores individuais de cada membro. (RIBEIRO, 1998)

Segundo Kovács (2005), doenças degenerativas e progressivas trazem uma ameaça à vida e um prenúncio de morte. O que diferencia as pessoas em geral e os profissionais de

saúde: médicos, enfermeiros, psicólogos é que, na vida destes, a morte faz parte do cotidiano, tornando-se companheira de trabalho, principalmente aqueles que atuam com pacientes terminais. Esta rotina de perdas sucessivas possibilita a estes profissionais, uma adaptação a este tipo de situação sem envolvimento emocional.

É necessário falar sobre o luto dos profissionais de saúde, devendo neste caso haver uma intervenção do psicólogo. Esse processo é desencadeado pela perda de pacientes com os quais estabeleceu vínculos mais intensos. Quanto mais longo foi o período de hospitalização, maior será o vínculo afetivo existente. (STEDEFORD, 1986)

Estes Profissionais se ligam a alguns pacientes e quando ocorre à morte têm que lidar com a sensação de fracasso e impotência e entram em processo de luto, que não é reconhecido e autorizado. Os profissionais de saúde num processo de luto mal elaborado pelo fato de não poder expressar seu sentimentos, podem ser levados a uma situação de estresse em exaustão. Há um silenciamento da morte nos hospitais, que coincide com a situação em que se vê a morte como ponto culminante do fracasso. Por isso faz-se necessária a intervenção de um psicólogo, onde o profissional da saúde possa expor seus sentimentos e receba auxílio necessário para a elaboração do luto e orientações para se adaptar a morte que faz parte da rotina destes profissionais.(KOVACS, 2010)

6 CONCLUSÃO

A atuação do psicólogo hospitalar com pacientes terminais é completamente diferente da atuação dos psicólogos das demais áreas. A Psicologia em si no período de graduação nos forma para auxílio de doenças, na ajuda de superação de traumas, para ajudar a solucionar conflitos internos, enfim, para tratar as doenças psicossomáticas, assim consideradas. Neste contexto é tratada a doença que é a causa do surgimento desses conflitos.

Quando o atendimento é dirigido a pacientes terminais este foco é diferente. Aqui não há mais como tratar a doença, pois o sujeito encontra-se em final de vida. Será inútil tratar de uma doença de alguém que vai morrer, já esgotaram todas as possibilidades terapêuticas. Então a Psicologia, trata do sujeito, dos seus desejos, interpretando seus silêncios, auxiliando este indivíduo a encontrar-se no mundo, fazendo perceber sua importância, de forma que este sujeito desfrute do que lhe resta de vida junto a seus familiares.

O psicólogo deve auxiliar o paciente a compreender a importância da vida, mesmo que tenha pouco tempo, deve fazê-lo compreender que a vida é como uma estrada e que deve ser realizado todo o percurso, e que em algum momento é chegado o final.

A intervenção psicológica deve ocorrer em todos os momentos, durante a hospitalização, no momento do diagnóstico, e até a morte do paciente. A hospitalização é tão difícil para o paciente quanto o diagnóstico de terminalidade. As mudanças no cotidiano, a dependência de alguém para auxiliar em atividades rotineiras traz intenso sofrimento ao paciente.

O diagnóstico de terminalidade é frequentemente acompanhado de depressão. A morte para a cultura ocidental ainda é considerada um tabu. São poucos que falam em morte e ninguém na verdade está preparado para morrer. Morte é considerada a finitude, serão deixadas todas as paixões e há temor em pensar o que acontecerá após a morte.

A Psicologia Hospitalar é a área que traz maior proximidade entre paciente e psicólogo. Os demais profissionais não podem oferecer a atenciosa escuta como este profissional. Daí a causa de aproximação, pois o paciente necessita de alguém que ouça seus desejos e aflições, que o acolha no fim de sua vida.

Durante aquelas fases pelas quais o paciente passa, é muito importante a presença do psicólogo tanto para o paciente quanto para a família. É comum que o paciente queira falar sobre os sentimentos que o incomodam ao saber que está prestes a morrer. Em alguns casos costuma-se planejar questões como herança, funeral, pede-se perdão, reconcilia-se, e despede-se, dos familiares, amigos, da vida...

Quando o paciente chega nesta fase, é a família quem mais precisa de ajuda. O trabalho deve estender também aos familiares que acompanharam o sofrimento daquele paciente, e por fim terão de lidar com a perda e eterna ausência do ente querido. O processo de luto deve ser bem elaborado para evitar transtornos psicológicos futuros.

O psicólogo também deve prestar atendimento a equipe médica que sente a perda do paciente, devido ao convívio. Os profissionais da saúde durante o período da graduação aprendem que é proibido ter sentimentos em relação aos pacientes. Este conflito razão versus emoção, necessita de intervenção psicológica de forma a evitar um trauma futuro.

O psicólogo é o profissional mais indicado para captar desejos, inibições, ouvir a voz da alma, mesmo quando a pessoa está em silêncio. Muitas vezes é preciso decifrar perguntas e respostas do paciente à família ou a qualquer outra pessoa, inclusive a membros da equipe.

Conclui que o papel do psicólogo é fazer com que alguém que, num momento de perda e dores intensas, imagina que já não encontrará razões para existir, encontre essas razões dentro de si mesmo, expressando as dores do seu corpo e de sua alma, reatando laços e desfazendo nós. Sentindo que, para além de um corpo doente e que já não responde aos tratamentos, há um ser que ainda existe em sua subjetividade e continuará existindo no coração daqueles que o amam. O trabalho do psicólogo é amenizar a dor na fase terminal e a dor da despedida da vida. É fazer com que este paciente terminal se reconcilie com a vida para que morra em paz.

REFERÊNCIAS

- ALAMY, Susana. **Psicologia hospitalar, paciente terminal e equipe Interdisciplinar**(1999). Monografias.com. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos/disciplin/disciplin.shtml>> Acesso em: 16 ago. 2015.
- AMARAL, Mariana Xavier Gonçalves do *etal.* Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, jun. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2015.
- ANGERAMI-CAMON, V.A;CHIATTONE, H.B.C. & NICOLETTI, E.A. **O doente, a psicologia e o hospital**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 2004.
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Elementos institucionais básicos para a implantação do serviço de psicologia no hospital**. São Paulo: Pioneira-Thomson Learning, 2004.
- _____. **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira-Thomson Learning, 2002.
- _____. **Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2002.
- _____. **Tendências em psicologia hospitalar**. São Paulo: Pioneira-Thomson Learning, 2004.
- BALLONEG.J. Lidando com a Morte. **Psiquweb - Psiquiatria Geral**, 2002. Disponível em:<<http://gballone.sites.uol.com.br/voce/morte1.html>>. Acesso em: 14 set. 2015.
- BIFULCO, Vera Anita; IOCHIDA, Lúcia Christina. **A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, Mar. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2015
- BOWLBY, J. **Apego e Perda. Perda. Tristeza e Depressão**.3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004. v.3
- BRANDÃO, L.M. **Psicologia Hospitalar: Uma abordagem Holística e fenomenológica existencial**. Campinas: Livro Pleno, 2005.
- BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução CFP n.º 013/2007**. Institui a consolidação das resoluções relativas ao título profissional de especialista em psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília, 2007. Disponível em:<http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/resolucao2007_13.pdf>. Acesso em: 16 set. 2015.
- CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CARVALHO, M.M. **Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver.** São Paulo: Summus; 1998. p. 256.

CROCE, Delton. **Manual de Medicina Legal.** 8.ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

CHIBA, T. **Cuidados Paliativos.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

GONÇALVES, Luiz Felipe Santos. **Norma nº 643 - Terminalidade.** Hospital Mãe de Deus, Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: <<http://intranet.maededeus.com.br/portalmédico.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2015.

ESSLINGER, I. **De quem é a vida, afinal?** Descortinando os Cenários da Morte no Hospital. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FERREIRA, José Antônio. **Doenças Graves, Doenças Terminais.** Departamento de Microbiologia da UFMG, 2001. Disponível em: <<http://www.bioeticaefecrista.med.br/textos.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2015.

FERREIRA P.E. Alguns pacientes especiais no hospital geral: o paciente oncológico. **Cad. IPUB**, v.6, p. 143-54, 1997.

FIGUEIREDO, M.G.M.C.A.; BIFULCO, V.A. (Org.). **Temas em Psico-oncologia.** São Paulo: Summus, 2008.

FRANCO, M. H. P. Uma Mudança no Paradigma sobre o Enfoque da Morte e do Luto na Contemporaneidade. *In:* FRANCO, M. H. P. (Org). **Estudos Avançados sobre o Luto.** Campinas: Livro Pleno, 2002. p. 15-38.

FREUD, Sigmund (1913) **Sobre o início do tratamento:** novas recomendações sobre a técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 12. p. 161-187.

GUTIERREZ, Pilar L. O que é o Paciente Terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira.** v. 47, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302001000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2014.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo.** São Paulo: Vozes, 1986.

HOLLAND, J. **Historical overview.** In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology.* New York: Oxford Press, 1990.

INOCENTI, Aline; RODRIGUES, Inês. Gimenes; MIASSO, Adriana Inocenti. Vivências e Sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. **Rev. Eletr.Enf.** v. 11, n.4, p. 858-65, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Cuidados Paliativos.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474>. Acesso em: 30 ago. 2015.

ISMAEL, S.M.C. **A inserção do psicólogo no contexto hospitalar**. A prática psicológica e sua interface com as doenças. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KOVÁCS, M.J. Educação para a morte. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v.25, n. 3, set. 2005 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2015.

KOVÁCS, Maria Júlia. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, p. 457-468, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000300004>. Acesso em: 30 set. 2015.

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

_____. **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **A morte: um amanhecer**. São Paulo: Ed. Pensamento, 1991.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LAMOSA, Bellkiss. W.R. **O psicólogo clínico no hospital: contribuição para o desenvolvimento da profissão no Brasil**. 1987. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1987.

LAMOSA, B.W. R. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

LARA, S. C. V. **Depressão em Pessoas com câncer**. 2.ed. São Paulo: Diversas, 2006.

MARENGO, Mariana. O. ; FLAVIO, Daniela. A ; SILVA, Ricardo. Henrique Alves Silva. **Terminalidade de Vida: Bioética e Humanização em Saúde**. 2009. (Pós-Graduação em Medicina)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

MARTINS L.A. A interconsulta como instrumento da psiquiatria de hospitalização. Saúde mental no hospital geral. **CadIPUB**, v.6, p. 33-44, 1997.

MELLO FILHO J. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos**. São Paulo: Artmed; 2000.

MENDES, P. E. P; COUTINHO, S. F; LUCARELLI, M. D. (orientadora). **O sentimento do psicólogo perante a morte dos pacientes em fase terminal: Situações Práticas em Psicologia**, (Mestrado de Psicologia)- Instituto de Ciências Humanas, UNIP – Universidade Paulista. São Paulo – Araraquara, 2009.

MENDES, J.A., LUSTOSA, M.A., ANDRADE M.C.M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, v. 12, n. 1, jan./jun. 2009.

MORAES, M. C. (1994). **O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

MUYLAERT, M.A. **Corpoafecto: O psicólogo no Hospital Geral**. São Paulo: Escuta; 1995. p. 111.

PENNA T. Psicoterapia no hospital geral. Saúde mental no hospital geral. **Cad.IPUB**, v.6, p. 195-204, 1997.

PEREIRA, Lilian Lopes; DIAS, Ana Cristina Garcia. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. **Psico**, v. 38, n.1, p. 55-65, 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1924/1430>>. Acesso em: 30 set. 2015.

PESSINI, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética**, v.10, n. 2, p. 51-72.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.29, n.4, out/dez. 2005. Disponível em: <http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundosauade/32/03_Novas20perspectivas20cuida.pdf> Acesso em: 5 jul. 2015.

SALES C. *et al.* Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento Social. **Revista Brasileira de Câncer**, v.47, n.3, p. 263-272, 2001.

SANTOS C., SEBASTIANI R. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. *In: Angerami-Camon V. et al. É a psicologia entorno do hospital*. São Paulo: Pioneira; 1996. p. 147-76.

SERPA, L. P. O Paciente Terminal Direito à vida e Direito de Morrer. 2003. São Paulo. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, Cristiane Sotelo da. **Contribuições da psicologia existencial no enfrentamento das perdas e da morte**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Faculdade de Psicologia Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. 6.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

STEDFORD, A. **Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

SOUZA, R. M., TURRINI, R. N. T. (2011). Paciente oncológico terminal: sobrecarga do cuidador. **Enfermaria Global**, v.10, n.22. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000200013&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 3 dez. 2015.

WORDEN, J. William. **Terapia do Luto: um manual para o profissional de saúde mental**. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.

WEISS, Brian L. **Muitas Vidas, Muitos Mestres**. 3.ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2009.

YAMAGUCHI, N. H. O câncer na visão da Oncologia. **Introdução à Psico-oncologia.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina)- Faculdade de Medicina da Universidade de São, São Paulo, 1994.