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

BÁRBARA DE OLIVEIRA FARIA
JÉSSICA GUIMARÃES MOREIRA ALVES

A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

BARBACENA
2015

BÁRBARA DE OLIVEIRA FARIA
JÉSSICA GUIMARÃES MOREIRA ALVES

A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

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.

Orientadora: Prof.ª Me. Carla Soares de Oliveira do Vale

BARBACENA
2015

BÁRBARA DE OLIVEIRA FARIA
JÉSSICA GUIMARÃES MOREIRA ALVES

A IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Aprovada em ___/___/___

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.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.ª Me. Carla Soares de Oliveira do Vale

Prof.ª Me. Carla Soares de Oliveira do Vale
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

Psicóloga Rosane Auxiliadora Almeida
Santa Casa de Misericórdia de Barbacena

Prof.ª Esp. Karina Aparecida Coelho Otoni
Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC

“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último, momento de sua vida e faremos tudo o que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.”

Cicely Saunders.

AGRADECIMENTO

Agradecemos primeiramente a Deus, por ter nos dado animo e força nesta jornada.

A nossas mães, Maria Elma de Oliveira e Marli Pinto Moreira que nos apoiaram, contribuíram e acreditaram em nós em todos os momentos.

A nossa família que esteve presente nos motivando ao longo da produção deste trabalho.

Aos nossos professores, que participaram ativamente durante toda a graduação.

E por fim a nossa orientadora Carla Cristina Soares de Oliveira vale, que nos orientou de forma brilhante disponibilizando seu tempo e atenção.

Resumo

O aumento da expectativa de vida vem resultando em um grande envelhecimento populacional e paralelo a estas mudanças o índice de doenças crônico degenerativas vem crescendo cada vez mais, aumentando desta forma o índice de pacientes que possuem doenças incuráveis. O adoecimento causa grandes impactos físicos e psicológicos, tanto para o paciente quanto para seus familiares, os impactos psicológicos refletem diretamente no cuidado ao paciente. Neste trabalho descreveremos através de uma revisão da literatura a prática dos cuidados paliativos, para pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Tendo como principal foco observar como o papel do psicólogo é relevante e imprescindível para que os pacientes em cuidados paliativos possam ser assistidos de forma total e humanizados. Tendo assim oportunidade para serem escutados diante de seus medos e angustias por um profissional especializado nos aspectos psicológicos relacionados ao adoecimento.

Palavras-chaves: Cuidados Paliativos. Psicologia. Paciente terminal.

Abstract

The increase in life expectancy has resulted in a large population aging and parallel to those changes, the rate of chronic degenerative diseases has been growing, thus increasing the rate of patients who have incurable diseases. The illness causes great physical and psychological impacts for both the patient and their families, the psychological impacts reflect directly in patient care. In this paper, we will describe through a systematic literature review,the practice of palliative care for patients out of therapeutic possibilities. Focusing mainly on observing how the psychologist's role is relevant and essential for patients that go through palliative care, being the patients assisted a full and humanized manner. Having thus opportunity to be heard in face of their fears and anxieties by one expert in the psychological aspects related to illness.

Keywords: Palliative care. Psychology. Terminal patient.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **7**

1 O PACIENTE FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS E SUAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS **9**

2 CUIDADOS PALIATIVOS: uma nova forma de intervenção **19**

3 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS **31**

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS **36**

REFERÊNCIAS **38**

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e a transição epidemiológica, aliado aos avanços tecnológicos resultaram em um aumento gradativo da incidência de doenças sem possibilidades terapêuticas. Desta forma faz se necessário refletirmos em uma prática que atenda a estes pacientes de forma humanizada em todos os aspectos, físicos, sociais, espirituais e psicológicos.

O adoecimento é um momento da vida do paciente em que ele sente que sua vida está sendo ameaçada. Este paciente, além das dores físicas, leva consigo ao hospital, seus medos, angústias, temores, fantasias, ou seja, sua subjetividade. Que muitas vezes é desconsiderada pela instituição em geral.

Os pacientes fora de possibilidades terapêuticas são indivíduos que têm um diagnóstico definitivo, o que significa que a cura já e improvável. A partir do diagnóstico eles são tomados de angustias e fantasias em relação a morte. Culturalmente em nossa sociedade a morte não é um assunto muito discutido, visto que a representação que fazemos é que este assunto deve ser evitado, mesmo sendo uma realidade concreta e inerente à nossa própria existência.

O paciente fora de possibilidades terapêuticas é um paciente que se depara com a realidade da finitude e do curto tempo de vida. Gerando assim ansiedades, culpa medo, revolta e negação. Percebendo todas essas angústias inerente a situação do paciente terminal, pesquisaremos sobre a real importância do acompanhamento psicológico, pois apesar de não haver uma cura fisiológica, o paciente deve ser visto para além de sua condição de terminalidade, como um indivíduo que possui sentimentos e direito de ser escutado diante de suas angustias e medos, tendo assim uma boa morte.

Pensando nestas questões este presente trabalho tem por objetivo abordar a pratica dos cuidados paliativos, tendo como foco principal observar a relevância do atendimento psicológico para pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Utilizamos como método de pesquisa, a revisão sistemática da literatura. Foram utilizados artigos científicos, bibliografias e manuais que abordam o tema.

No primeiro capítulo explanaremos acerca da grande incidência destes pacientes nas últimas décadas, apontando suas características e os impactos físicos, emocionais e psicológicos. Abordaremos ainda o impacto do diagnóstico dentro do âmbito familiar, apontando a importância da família nos cuidados ao paciente.

No segundo capítulo explanaremos sobre a prática dos Cuidados Paliativos, bem como seu surgimento, precursores, princípios norteadores e seus objetivos. Traremos ainda o contexto histórico do surgimento desta prática em nosso país fazendo um apanhado das principais instituições que ofertam estes serviços.

Por fim no terceiro capítulo abordaremos a relevância da atuação do profissional psicólogo que trabalha em cuidados paliativos. Fundamentaremos esta prática utilizando os conceitos da psicologia hospitalar, que trabalha especificamente com as questões psicológicas ligadas ao adoecimento. Pois, apesar do atendimento psicológico ser ofertado em outras instituições, na maioria dos casos estes pacientes terão o primeiro contato com o serviço de psicologia nas instituições hospitalares.

1. O PACIENTE FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS E SUAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS

As rápidas e profundas modificações econômicas, políticas e sociais, ocorridas no Brasil, a partir da década de 60, resultaram em mudanças marcantes na sociedade. Dentre estas se destacam as mudanças demográficas: a diminuição acentuada do índice de fertilidade, a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, o aumento expressivo da esperança de vida ao nascer, mudanças estas que suscitaram um gradativo aumento no envelhecimento populacional. (SCHRAMM *et al*, 2004)[1]

Paralela a essas mudanças, vivenciamos a transição epidemiológica, que consiste na alteração do perfil de morbimortalidade do país, decorrente da substituição das causas de morte, anteriormente consequentes de doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônico-degenerativas. (SCHRAMM *et al*, 2004)[2]

Em contrapartida a estas mudanças, nota-se um grande avanço tecnológico, associado ao desenvolvimento de novas terapêuticas e maquinários que buscam incessantemente a cura. Fazendo com que muitas doenças mortais se transformem em doenças crônicas levando desta forma a longevidade de seus portadores. (ESSLINGER,2004)

As doenças crônicas degenerativas são doenças que tem por características: serem permanentes, produzirem incapacidade/deficiências residuais que são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigindo uma formação especial do doente para a reabilitação ou podem exigir longos períodos de observação ou cuidados. (ARANTES, 2009)

Ouvimos muito falar em pacientes terminais, mas o que significa esta expressão? Chiba (1996, p.431), defini paciente terminal por:

> Aquele que se encontra além da possibilidade terapêutica curativa e que necessita de um tratamento paliativo visando ao alivio de inúmeros sintomas que atormentam, sempre levando em consideração a melhoria da qualidade de vida de uma maneira global, isto é, não somente a parte biológica, mas também nas esferas espiritual, social e psicológica.

O termo terminal remete então em pensarmos em um paciente cuja patologia o leva a uma condição na qual a cura já não e mais uma possibilidade. Quando falamos de pacientes terminais há uma grande tendência em interpretar a expressão terminal sendo sinônimo de paciente oncológico. No entanto, é importante ressaltar que há além do

---

[1] http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n4/a11v9n4
[2] *Ibidem*

câncer, várias outras patologias não-oncológicas que são consideradas fora das possibilidades terapêuticas de cura. (LAHAM & CHIBA, 2003)

Dentre as várias doenças sem possibilidades de cura podemos destacar: variados tipos de câncer, as doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca), a doença pulmonar obstrutiva crônica, doença renal crônica, doença hepática, AIDS/ HIV, doença neurológica de longa duração, deficiência mental, acidente vascular encefálico, demência e esclerose lateral amiotrófica. (ARANTES, 2009)

Ao ser diagnosticada uma doença sem possibilidades de cura o paciente é tomado por um emaranhado de emoções e sentimentos. Dentre estas emoções Camom (2003) destaca a ansiedade, a luta pela dignidade e conforto, além de um grande temor que se relaciona com o tempo de vida limitado e finito.

Esslinger (2004) afirma também que o momento do diagnóstico de uma doença terminal é um momento de luto, portanto de crise. E este luto pode ser considerado tanto uma crise individual como familiar.

O processo de adoecimento provoca sofrimentos em várias esferas sendo elas físicas, psíquicas, emocionais, sociais e espirituais, envolvendo desta forma problemas somáticos, sensação de abandono, falta de sentido na vida e dependência de cuidadores. (KOVÁCS, 2008)

Ao falarmos em um diagnóstico sem possibilidades de cura, o primeiro pensamento que o paciente e seus familiares têm é sobre a morte. Pois embora tenhamos consciência de nossa finitude, fato este que nos diferencia de outros animais, na sociedade contemporânea em que vivemos a morte não é aceita de forma natural, sendo vista na maioria das vezes como um tabu. (ESSLINGER, 2004)

Porém a atitude do homem frente à morte nem sempre foi assim, de maneira que este modelo que temos hoje de não falarmos sobre a morte e de atribuir a ela um caráter oculto e incômodo remete-nos a pensar em uma construção sociohistórica. Ariès (1977 *apud* ESSLINGER, 2004, p.27) destaca três diferentes tipos de atitudes frente à morte em três períodos históricos distintos.

Na idade média, as pessoas tinham uma participação mais ativa no processo de morrer. Os amigos, parentes e até mesmo as crianças podiam expressar e participar dos rituais pós-morte, os sentimentos de despedidas e o choro também eram aceitos. A partir do século XIII até o século XIV nota-se o segundo período caracterizava-se por uma preocupação com o juízo final e a salvação depois que a morte ocorresse. O terceiro período era caracterizado por uma representação da morte como uma separação, não

sendo mais tolerada e aceita como anteriormente. (ARIÈS, 1977 *apud* ESSLINGER, 2004, p.28)

Esta última atitude marca o que seria hoje a nossa representação sobre a morte, como inimiga, oculta e vergonhosa. Na qual as crianças principalmente são poupadas e proibidas tanto a ver o ente querido quanto a ter explicações do acontecimento. Podemos dizer que reina o mecanismo de negação da morte, negação esta que pode ser reforçada com os avanços tecnológicos e científicos e também com o capitalismo (BAUDOIM e BLONDEAU, 1993 *apud* ESSLINGER, 2004, p.28). Estes autores acreditam ainda que estas mudanças sejam em resposta ao apelo à valorização do belo e da juventude. Este tipo de mudanças fazem com que perante a morte surjam dois tipos de conflito o primeiro se relaciona com o processo de tomada de decisões, no que diz respeito ao tratamento, e em segundo se dá pelo chamado conflito de papéis onde o médico, por exemplo, assume um poder de juiz decidindo assim a vida de seus pacientes.

Moritz (2005 *apud* KOVÁCS, 2008, p.387) aponta que o processo de morrer no século XXI é acompanhado por uma alta tecnologia apresentando cinco características, são elas: tornou-se um ato prolongado; tornou-se um evento cientifico; passou a ser um evento passível onde a decisão cabe aos profissionais e não ao doente; pode se tornar um ato profano, não atendendo aos valores e crenças do paciente e passou a ser um evento isolado e com caráter solitário.

Além dos pensamentos recorrentes sobre a morte, o paciente apresenta algumas características, de acordo com o momento da doença em que está vivendo.

Segundo Simonetti (2004, p. 37), adoecer é:

> Como entrar em órbita. A doença é um evento que se instala de forma tão central na vida da pessoa, que tudo o mais perde importância ou então passa a girar em torno dela, numa espécie de órbita que apresenta quatro posições principais: negação, revolta, depressão e enfrentamento.

Ele destaca ainda que estas posições não são especificas para um tipo de doença, e sim uma maneira que os sujeitos encontram para enfrentar e receber más notícias, lidar com mudanças e reagir a doenças.

Falar sobre posições e reações, de pacientes em relação ao seu diagnóstico requer que tenhamos consciência que estamos lidando com seres humanos únicos tendo cada qual uma subjetividade diferente. Kübler-Ross (1998) destaca que que os pacientes reagem de formas diferentes ao receber o diagnóstico, o que depende da personalidade, do estilo e do modo de vida de cada um. Entretanto em sua pesquisa com pacientes sem

possibilidades de cura ela percebeu que estes pacientes vivenciam alguns estágios em comum, e que nem sempre todos os pacientes passam por todos os estágios e que estes podem variar de um dia para o outro, ou seja, estes estágios são mutáveis e não requer uma sequência, podendo estar um paciente, por exemplo, em dois estágios ao mesmo tempo.

O primeiro estágio que este paciente vivencia é o estágio de negação e isolamento, esta primeira fase é vista de forma palpável, na maioria das vezes verbalizadas nas principais frases: “Não, isso não pode está acontecendo comigo”. A negação apresenta-se como uma defesa temporária, um momento de choque no qual o paciente se recupera gradualmente. (KÜBLER ROSS, 1998)

Simonetti (2004) aponta que a negação não é feita com algum propósito ou para irritar o médico ou os familiares, é sim a forma com que naquele momento o sujeito encontra de suportar psicologicamente aquela noticia, característica esta que não deve ser vista como um defeito, e sim aspectos daquele dado momento. Nesta posição segundo ele o sujeito pode agir como se a doença não existisse, fazendo com que sege adiada a busca pelos cuidados necessários. Outros aspectos que se notam são a irritação e a angustia, a irritação se apresenta como uma raiva reprimida, sem alvo especifico. E a angustia aparece de forma indefinida e vaga, resultante de um processo de medo do desconhecido.

O segundo estágio vivenciado, de acordo com Kübler-Ross (1998) é a raiva, pois ao não conseguir mais ter sentimentos de negação, o paciente substitui estes sentimentos por sentimentos de raiva e revolta. Esta raiva é direcionada a qualquer pessoa, o paciente tende a projetar sua raiva para os médicos, seus familiares ou a qualquer outro.

A revolta se inicia com a frustração, primeiro frustra o nosso princípio de prazer, ao inserir a dor e o desprazer, frustra também nossa ideia de onipotência, que estamos no controle de tudo e além de tudo frustra porque faz com que o sujeito perca sua liberdade e sua rotina, pelas limitações que a doença acarreta. Esta fase é caracterizada por uma intensa atividade, porém é uma atividade que nada tem de produtiva, pois é uma atividade fora de foco e não direcionada ao problema. No entanto esta raiva pode ser tomada também por um aspecto positivo, pois é a maneira na qual o paciente encontra para sinalizar que está lutando pela vida. O problema é o exagero e a constância desta raiva. Este paciente e na maioria das vezes identificado como paciente problema, porém é necessário que a equipe entenda que está revolta, não tem um caráter pessoal. (SIMONETTI, 2004)

O terceiro estágio destacado por Kübler-Ross (1998) é o estágio da barganha, é o menos conhecido, mas útil ao paciente, porém utilizado em um curto espaço de tempo. A barganha é a forma com que o paciente encontra de tentar adiar a morte. Estas se apresentam em formas de promessas sendo em sua maioria feitas com Deus.

Quando o paciente começa a apresentar novos sintomas, percebe que está cada vez mais magro ou que tem que ser submetido a mais uma hospitalização ou cirurgia, se instala o quarto período denominado de depressão. Os sentimentos anteriores de revolta e raiva dão lugar a um sentimento de perdas e luto (KUBLER-ROSS, 1998). É necessário destacar que está depressão, é diferente da doença depressão, pois este tipo de depressão vivenciada é do tipo reativa e passageira, não preenchendo os critérios diagnósticos de uma depressão propriamente dita. Nesta posição a pessoa se entrega passivamente a sua doença, a desesperança se apresenta como uma característica forte desta fase. (SIMONETTI, 2004)

Estas perdas estão ligadas a vários motivos, dentre elas a perda de segurança, a perda de funções corporais, devido ao avanço da doença, a perda de autonomia e independência, sendo que agora tendo que ser cuidado por outras pessoas, a perda de autoestima, a perda do futuro, entre outras. (PRADE *et al* 2008)

De acordo com Parkes (1998 *apud* ESSLINGER, 2004, p.61), o luto pode ser uma reação a qualquer perda significativa, esta perda pode ser da ordem do real ou do simbólico, só podendo haver o luto quando há um vínculo com o “objeto perdido”. Neste sentido pode se notar que muitos são os lutos vivenciados pelo paciente e também por seus familiares. Para os pacientes o luto pode estar ligado à perda de autonomia, a não realização dos seus desejos e ao próprio medo de deixar seus entes queridos. Já os familiares sofrem o luto da ausência de seu ente querido.

O quinto estágio é o estágio da aceitação, quando o paciente tem tempo necessário para externar seus sentimentos e aceitar a morte como um processo natural, se inicia o processo de aceitação. (KUBLER ROSS, 1998)

Simonetti (2004) referência que na depressão havia o luto, é na revolta a luta, nesta fase da aceitação há uma alternância destas duas. A luta e o que o sujeito faz diante de seus limites para modifica-lo e o luto é aquilo que se faz diante de uma perda, tentando suporta-la. Estas são formas que o sujeito encontra para lidar com mudanças. Nesta fase o paciente não busca mais explicações para o seu estado. A uma fluidez emocional neste, onde o sujeito sente tudo, medo, raiva, tristeza, alegria, carinho, desanimo.

Outro aspecto que Kübler-Ross (1998) destaca e a questão da esperança, que está presente em todos os estágios, pois mesmo que o paciente entre na fase da aceitação, sempre há um fio de esperança, que pode haver a cura ou que pode haver alguma descoberta de um novo produto ou êxito em alguma nova pesquisa.

Moraes (2008) destaca que em geral os pacientes sem possibilidades de cura enfrentam muitos medos e que é necessário mostrar a eles que estes medos em certa medida são normais pela atual situação vivenciada. O medo da dor é sempre temido, ligado a este medo se associam outros sintomas como o cansaço, a falta de ar, falta de apetite, náuseas, problemas intestinais dentre vários outros que vão ocorrer de acordo com a patologia. Estes medos são ligados a medos de ordem física, porém a outros medos de ordem emocional, psicológica e também espiritual.

Em uma de suas pesquisas realizada na Unidade de terapia da Dor e Cuidados Paliativos de São Paulo, Kovács (2008) observou que a dor é o sintoma psicológico mais incapacitante e temido. Observou também que a maiorias dos pacientes se preocupavam com a família e o sustento da mesma e principalmente em se tornar uma sobrecarga para os familiares.

De acordo com, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é definida por uma experiência desagradável, sensitiva ou emocional causada por lesão real ou potencial dos tecidos (ROCHA, 2001). Acredita-se ainda que a experiência de dor é composta por sua concepção, agregada a reações emocionais, estados afetivos e reações psicofisiológicas.

Elas podem ser classificadas como dores agudas ou dores crônicas; as agudas são aquelas de curta duração, que duram minutos, horas ou dias. E as crônicas, são aquelas que persistem de 4 a 6 meses. Os pacientes sem possibilidades terapêuticas enfrentam esta dor denominada de crônica. Esta se apresenta com características persistentes, com traços vegetativos; distúrbios do sono; anorexia; libido diminuída; constipação; preocupação somática; mudança de personalidade e também inibição para o trabalho. (ROCHA, 2001)

Apesar de ser uma experiência desagradável à dor é parte integrante da vida tendo como função proteger nossa integridade física, porém ela pode ser incontrolável fazendo com que haja um comprometimento de nossa qualidade de vida. Dentro destes comprometimentos destacam-se as questões da estrutura da personalidade, a forma em que o indivíduo vê e aceita esta dor, as questões emocionais e as questões físicas advindas como característica da enfermidade. (ANGELOTTI, 2001)

Para entendermos a dor é necessário compreendermos as questões históricas e socioculturais do paciente, pois Saunders (1991 *apud* LIONE, 2008) observou que apesar de ter origens físicas à dor afeta diversas outras dimensões, o que ela denominou de dor total. Sendo necessário observar também que o significado da dor pode variar de pessoa para pessoa, o que dependerá de seus antecedentes psíquicos e sua personalidade.

Outro fator preponderante é a questão emocional que pode aumentar ou diminuir a experiência da dor. Estes fatores são, por exemplo: o medo; o desamparo; a falta de autonomia e o fato de não ser compreendido. (LIONE, 2008)

Outras questões que devem ser analisadas ao falarmos de dor crônica são as características da enfermidade, pois a partir desta é que podemos notar qual o nível de sofrimento que será causado. Uma vez que dependendo da patologia implicará em um alto nível de readaptação para realização de tarefas de nível simples como comer, se vestir, andar, tratar de sua higiene pessoal, realizar alguma tarefa de lazer ou até mesmo laboral, dentre várias outras. Desta forma quanto maior for à presença da dor maior a probabilidade de causas de ansiedade, depressão ou raiva. (ARANTES, 2008)

Dentro deste grupo de pacientes sem possibilidades terapêuticas a dor emocional é sofrida pela perda da saúde. Coelho (2001, p.70) destaca que: "Não é a dor que a doença traz que incomoda é algo mais subjetivo: é a dor de saber-se doente, de perder a condição de sadio".

O medo da dependência é uma situação que também se apresenta para este paciente, pois de acordo com a patologia e a progressão da mesma, muitos pacientes necessitaram de ajuda para se locomover, para se alimentar e até mesmo para se higienizar o que gera muitas vezes sofrimento e constrangimento para o sujeito (MORAES, 2008).

Prade *et al* (2008, p. 150) apontam também vários tipos de medos vivenciados por pacientes fora de possibilidades de cura, são eles:

> O medo de se separar da família e amigos, medo de se tornar um fardo para os que o cercam, medo de perder o controle, medo de se tornar dependente, medo da dor e da piora de outros sintomas, medo de não conseguir finalizar tarefas importantes, medo de morrer, medo do pós-morte, medo ao ver o medo no olhar do outro.

Estes pacientes apresentam múltiplos sintomas e demandam cuidados especializados, sendo importante ajustar estes cuidados às características pessoais de

cada paciente, oferecendo não apenas o controle dos sintomas, mas a garantia de conforto e bem estar. (KOVÁCS, 2008)

Continuando, o autor aponta que estes pacientes passam por fases que necessitam de cuidados específicos, desta forma ela descreve três fases, especificando cada um destes cuidados. Na primeira fase devem ser potencializados os aspectos de conforto e funcionalidade. Na segunda a perda de funções já é mais evidente, ou seja, as medidas de conforto devem se tornar questão principal, na terceira fase (final), a sedação[3] pode ser necessária, no entanto só deve ser realizada com consentimento do paciente ou dos seus familiares.

Um dos medos também observados nos pacientes fora de possibilidades terapêuticas é o medo de não realizar seus desejos, estes desejos podem incluir a vontade de acompanhar o crescimento de um filho, adquirir um bem material, fazer uma viajem dentre vários outros que o paciente percebe que não irá realizar. (MORAES, 2008)

Ajunta-se a estes medos a preocupação com as questões financeiras, pois em alguns casos o doente exercia o papel de chefe da família, e agora as dificuldades financeiras começam a surgir causando uma grande desestruturação familiar. Dificuldades estas ligadas ao aumento no gasto com o tratamento, o que inclui exames, medicações, novas dietas e até mesmo a locomoção até o local de tratamento. (MORAES, 2008)

Dentro de um contexto de adoecimento e necessário que a família também esteja inclusa durante os cuidados. Moraes (2008) destaca que como a família e parte integrante de nossas vidas, a mesma não pode ser esquecida no processo de atenção ao paciente fora de possibilidades terapêuticas. A partir do diagnóstico de uma doença incurável, o meio familiar tende a sofrer grandes alterações, principalmente com os familiares mais próximos ao paciente.

A impotência é destacada por Moraes (2008) como o sentimento, mais vivenciado pelos familiares. Pois ao notar a progressão da doença os familiares se sentem de mãos atadas, podendo aparecer também sentimento de revolta e angustia.

---

[3]SEDAÇÃO - Pode ser definida como a indução da diminuição do nível de consciência em pacientes com sintomas severos, intratáveis ou refratários, pôr intermédio do uso de medicações sedativas, como objetivo primordial descontrolá-los. Por conseguinte, estas medicações refletem na redução controlada do nível de consciência e/ou percepção da dor, mantendo os sinais vitais estáveis e uma respiração espontânea, Girond; Waterkemper (2006, p.260)

Alguns dos sentimentos mais frequentes dos cuidadores são: a sobrecarga, a culpa, o medo e a angustia.

Quando o cuidador não se ausenta e fica ao lado do paciente um longo tempo este passa a sentir-se com grande cansaço físico e mental. O medo e a angustia pode estar presente em vários momentos, destacando-se o medo do paciente sofrer, sentir muita dor e morrer repentinamente. (MORAES, 2008)

A família possui grande dificuldade de perceber e aceitar a piora, por vezes culpando o paciente, sem conseguir manter uma comunicação aberta. Esta não aceitação é por vezes a maneira que o cuidador consegue de expressar o que ele sente. (KOVÁCS, 2008).

Quando se tem um membro da família adoecido cada familiar expressará reações diferentes frente a este acontecimento. Alguns podem lidar e se organizar de forma natural outros, no entanto sofreram um grande nível de ansiedade e medo (OLIVEIRA & SOUMERMAN, 2012 *apud* VALE, 2014, p.37)[4]

Mendes et al (2009 *apud* SOARES 2007, p.8) afirma que se não levarmos em conta a família do paciente, não podemos ajuda-los com eficácia. Pois nestas situações os familiares têm necessidades especificas, como: permanecer próximo ao paciente; sentir-se útil; ter garantias do controle do sofrimento e a dor e expressar seus sentimentos e angustias. Necessidades estas que podem exceder às necessidades do próprio paciente.

Para além destas necessidades, na maioria das vezes os familiares tendem a sofrer grandes transformações e readaptações em sua rotina. Dentre elas podemos destacar a mudança de cidade, trocas de papeis e até mesmo assinatura de documentos decisórios para o paciente (OLIVEIRA, & SOUMERMAN 2012 *apud* VALE, 2014, p.37)[5]. Kübler- Ross (1998) destaca que as necessidades da família variam desde o diagnóstico até um longo período após a morte. Cada membro da família experimenta e expressa diferentes estágios de adaptação, semelhantes ao que passa o paciente.

Pensando nestes pacientes e seus familiares indica-se um cuidado específico denominado cuidado paliativo. Estes cuidados são ofertados por uma equipe multiprofissional, sendo seu principal objetivo cuidar e não curar.

---

[4] http://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Carla-Cristina-Soares-de-Oliveira-do-Vale.pdf
[5] http://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Carla-Cristina-Soares-de-Oliveira-do-Vale.pdf

2 CUIDADOS PALIATIVOS: uma nova forma de intervenção

O cuidado paliativo primeiramente se confunde historicamente com o termo hospice, que definia os abrigos e hospedarias destinados a receber e cuidar de peregrinos viajantes. Várias instituições surgiram neste contexto passando com o tempo a terem características de hospitais. (MATSUMOTO, 2009)

A primeira instituição que se tem com o modelo hospice se dá no século V, quando Fabíola discípula de São Jerônimo cuidava de viajantes que vinham da Ásia, da África e dos países de Leste no hospice do Porto de Roma. Na era Medieval os hospices abrigavam peregrinos e doentes, que passavam pelos trajetos conhecidos na Europa, como o caminho de Santiago de Compostela. Muitos destes doentes morriam nestas hospedarias, pois estas ofereciam cuidados leigo e caridoso. (MATSUMOTO, 2009)

O primeiro serviço em cuidados paliativos foi criado em 1967, por Cicely Saunders, com formação em assistência social, enfermagem e medicina. Esta instituição recebeu o nome de St. Christopher Hospice e era destinada a proporcionar conforto e amparo aos pacientes que estavam perto do processo de morrer, conhecida como o Movimento Hospice Moderno. Após sua graduação em medicina Saunders reivindica a necessidade de uma nova forma de assistência a fase final de vida, que mais tarde denominou-se medicina paliativa na qual o principal foco é o controle da dor e dos sintomas (MENEZES, 2004). Saunders formulou também o termo dor total, que significa que o sofrimento não é apenas físico, mas um complexo afetivo que envolve aspectos psíquicos, sociais e espirituais. (FIGUEIREDO, 2008)

A palavra “paliativa” é originada do latim pallium que significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles que a medicina curativa já não consegue, mas amparar (HERMES E LAMARCA, 2013)[6].

Os cuidados paliativos (CP) são definidos pela Organização Mundial de Saúde, de 2002 por ser:

---

[6] http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012

> Uma abordagem que promove uma qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alivio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física psicossocial e espiritual (MATSUMOTO, 2009, p.16).

Os cuidados paliativos apesar de ter surgido em meio médico, seu surgimento se deu em respostas às criticas sociais do poder medico e também a denúncias de abandono destes pacientes aos excessos terapêuticos de um final de vida medicalizado e com grande sofrimento, medicações estas que muitas vezes não suscitaram em nenhuma melhora, levando a um processo chamado de obstinação terapêutica. (MENEZES,2004)

Obstinação terapêutica acontece quando há o uso de medidas persistentes e continuadas de medidas que sustentam a vida de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, na qual estas medidas mostram-se de pouca ou de nenhuma utilidade. (FLORIAN; SCHRAMM, 2008)[7]

Os cuidados paliativos nascem para que os profissionais de saúde reconheçam seus próprios limites, repensando assim o foco do curar para o cuidar (BROMBERG, 1997 *apud* ESSLINGER, 2004, p.44).

Neste contexto não podemos deixar de discutir as questões éticas e bioéticas. A ética e a bioética discutem temas cruciais do limite entre a vida e a morte. A prática do cuidado paliativo se confunde muitas vezes com a prática da eutanásia, este termo foi proposto por Francis Bacon (1605), origina-se do grego eu, bem e thánatos morte podendo ser traduzida como boa morte. No entanto, este termo vem sofrendo mudanças ao longo do tempo designando algumas terminologias são elas: eutanásia duplo efeito que significa morte acelerada indiretamente por ações medicas; eutanásia voluntaria é a morte provocada com consentimento do paciente; eutanásia involuntária provocada sem o consentimento do paciente. Temos também o termo distanásia que consiste no prolongamento exagerado da morte através de medidas tecnológicas e invasivas. Ortotanásia ou eutanásia terapêutica consiste em um processo de humanização da morte, com alivio de sinais e sintomas especialmente a dor, significa morrer no tempo certo. Outro tipo de eutanásia é denominado o suicídio assistido caracterizado pelo fato do paciente solicitar o auxílio de outra pessoa para concretizar sua intenção de morrer. (GIROND; WATERKEMPER, 2006)[8]

---

[7] http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a17.pdf
[8] http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/7313

O termo que mais se assemelha a prática dos cuidados paliativos seria a Ortotanásia, pois é a que caracteriza a morte no tempo certo, caracterizando um compromisso real com a promoção do bem estar do doente crônico e terminal. Tendo como principal objetivo a priorização da qualidade de vida e o alivio do sofrimento enquanto vida restar. (ESSILINGER, 2004)

Os princípios da bioética adotados pelos cuidados paliativos são: princípio da beneficência, princípio da não maleficência e o princípio da autonomia. O princípio da beneficência requer que os pacientes sejam tratados como pessoas autônomas e que se seu bem-estar seja prioridade. Trata-se de uma obrigação moral de agir em benefício de outros, em cuidados paliativos isto significa controle de sintomas e qualidade de vida. O princípio da não maleficência indica a obrigatoriedade de não causar dano intencionalmente ao paciente. Isto em cuidados paliativos é observado a partir da diminuição de procedimentos invasivos e agressivos que não trarão benefício ao paciente. O princípio da autonomia é o mais importante em cuidados paliativos, pois dá ao paciente direito de liberdade, privacidade e escolha. (PINTO, 2009)

Segundo Figueiredo (2008), os princípios éticos que norteiam o tratamento de pacientes em cuidados paliativos são expressos nos seguintes itens: todo tratamento deve incluir e respeitar as necessidades da família; o paciente terá o direito de exercer sua autonomia em relação ao tratamento, inclusive para abandoná-lo; a equipe deverá avaliar as vantagens do tratamento a cada momento da doença; o paciente tem o direito de obter os melhores cuidados disponível respeitando sempre sua dignidade e suas necessidades; o paciente terá também o direito de ser informado de forma clara e detalhada sobre sua doença, respeitando também sua capacidade de suportar progressivamente a verdade; terá também o direito de participar das decisões a respeito do seu tratamento; terá ainda o direito de recusar tratamentos fúteis e dolorosos tendo o direito de reverter esta escolha a qualquer momento e por fim todos os atos e decisões deveram ser documentados de forma clara e por escrito no prontuário do paciente.

Ainda sobre questões éticas a Resolução do Conselho Federal de Medicina de 28 de novembro de 2006, permite que o médico suspenda os procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, portador de enfermidade grave e incurável, respeitando a vontade da pessoa ou de seu representante legal (KOVÁCS, 2008). Pois de acordo com Esslinger (2004, p.79) “ajudar a morrer é completamente diferente de provocar a morte”.

Dentro das questões éticas e de direito do paciente se encontram também as diretrizes avançadas da vida (living wills), trata-se de documentos que descrevem o que o paciente quer dos tratamentos, é um documento validado em cartório que apresenta a declaração sobre o fim da vida, como o desejo se não reanimação e de não submissão a tratamentos que prolonguem a vida. Aliado a isto existe também a Lei Covas (Estado de São Paulo) – 10. 241/99, que oferece ao paciente o direito de recusar tratamentos dolorosos oferecendo a possibilidade de morte digna sem dor e sofrimentos. Muitas vezes os pacientes fora de possibilidades terapêuticas ficam angustiados e temem em morrer sem deixar a família amparada financeiramente, desta forma também é direito do paciente redigir em cartório o chamado Testamento em Vida. (RIBEIRO 2005 *apud* KOVÁCS, 2008, p.389)

Kovács, (2008) acredita que apesar do paciente possuir uma doença sem possibilidades de cura este indivíduo tem sua identidade mantida até sua morte, sendo necessário respeitar seus desejos e sua autonomia.

A boa morte é um novo olhar sobre a morte que passou a ser debatida no início do movimento pelos Cuidados Paliativos. Uma boa morte de acordo com os paliativistas quer dizer uma morte com o mínimo de dor possível, preferencialmente em casa com os familiares e com os amigos com dignidade, de acordo com os desejos do paciente. (FLORIANI; SCHRAMM, 2008)[9]

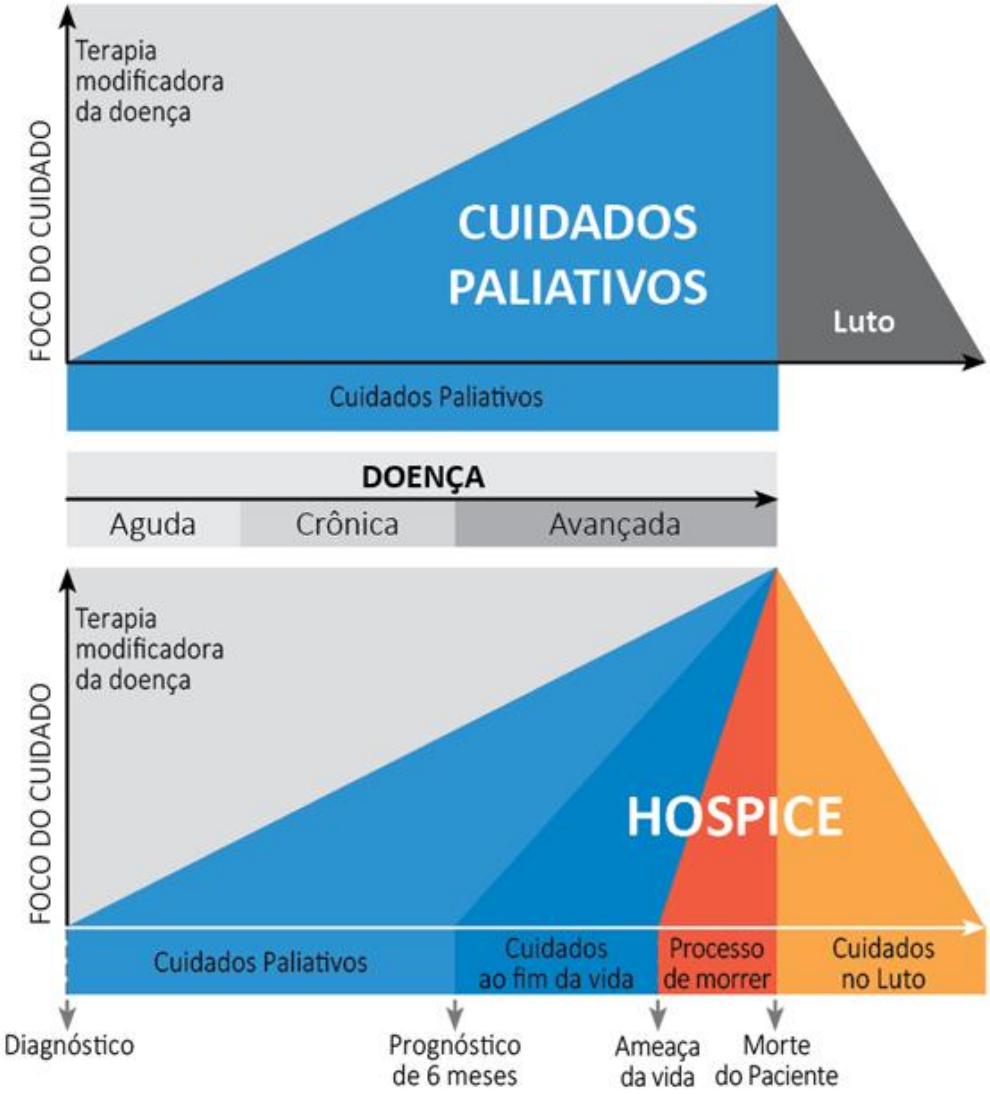
É necessário que os limites dos tratamentos sejam informados aos pacientes, pois cabe ressaltar que há limites para os tratamentos, no entanto não há limites para os cuidados em todas as esferas, pois segundo Kovács (2008) não há solução para a morte, mas se pode ajudar a morrer bem e com dignidade.

Estes cuidados são indicados de acordo com o Manual de Cuidados Paliativos (2009), para todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida. Porém devido a indisponibilidade de profissionais e serviços que possam dar conta de todos estes atendimentos há uma indicação principalmente para pacientes que possuem uma expectativa de vida inferior a seis meses.

Podemos analisar a forma com que os cuidados podem ser ofertados, na figura seguinte.

[9] http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n4/a11v9n4

Figura 1 - Distribuição gráfica da forma que é ofertado os cuidados paliativos



Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2014[10]

[10] http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf

De acordo com a figura acima é necessário apontarmos que há uma diferença entre Cuidados Paliativos e Cuidados ao fim da vida. Os cuidados paliativos devem ser aplicados desde a definição de uma doença incurável e progressiva, em concomitância a outros tratamentos pertinentes e os cuidados ao fim da vida são uma parte importante dos Cuidados Paliativos que se refere à assistência que a pessoa deve receber durante a última etapa de sua vida, é quando se aproxima a morte. (ARANTES,2009)

O foco dos cuidados paliativos é amenizar e controlar os sintomas de ordem física, psicológica, social e espiritual e não de buscar a cura de determinada doença. O objetivo e oferecer qualidade de vida, enquanto vida houver. (OLIVEIRA E SILVA, 2010 *apud* FERREIRA *et al.*, 2011, p.90).

Desta forma os cuidados paliativos baseiam-se nos seguintes princípios:

> Promover o alivio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto; oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença e iniciar o mais precocemente possível o cuidado paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clinicas estressantes. (MATSUMOTO, 2009, p.16-18)

No Brasil o movimento paliativo nasce com iniciativa dos profissionais de saúde, no início da década de 1980. A primeira instituição paliativa implantada no Brasil foi criada no Instituto Nacional do Câncer (INCA), no estado do Rio de Janeiro. Voltado ao atendimento de pacientes oncológicos surgem também em 1986, o Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas que mais tarde com o aumento da demanda em 1989 passa a se chamar Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico, contando com uma equipe multiprofissional voluntária. (MENEZES, 2004)

Em 1991, foi criado o serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer I funcionando agora com profissionais já contratados. Outras unidades também foram fundadas no Brasil destacando as de Curitiba e São Paulo. Em 1997 forma de expansão foi fundada também a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e segundo esta associação em 2001 havia no Brasil cerca de trinta serviços dedicados aos doentes fora de possibilidades terapêuticas, serviços que promovem assistência ambulatorial,

domiciliar e internação hospitalar. Percebemos desta forma que esta nova forma de cuidados é uma prática relativamente nova em nosso país não sendo ainda reconhecida como especialidade, no entanto há um grande movimento em prol de sua legitimação e de sua expansão. (MENEZES, 2004)

Ao falarmos em pacientes em cuidados em etapa terminal de enfermidade nos remete pensarmos em cuidados hospitalares, já que culturalmente há a ideia de que quem está muito doente deve estar em um hospital, no entanto os cuidados paliativos são oferecidos também em outras modalidades de assistência, além do hospital. Dentro destes modelos temos também a enfermaria de cuidados paliativos, o grupo consultor, unidade ambulatorial, unidade-dia, o atendimento domiciliar e as hospedarias. (MACIEL, 2009)

As enfermarias consistem em uma ala de um hospital geral, que opera em leitos próprios e com equipe multiprofissional especializada em cuidados paliativos este serviço tem como vantagem a integração dos cuidados paliativos à facilitação do aceso à internação nas 24 horas, respostas rápidas ao doente e maior segurança a família, porém as internações devem ser curtas para que o paciente não tenha agravo em seu humor e para que o acesso a áreas verdes e jardins não sejam restritos. No Brasil um exemplo deste serviço é o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE\SP) que possui 10 quartos individuais para o paciente e seu familiar. (MACIEL, 2009)

O grupo consultor consiste em uma equipe profissional especializada que se coloca à disposição de todas as equipes de diferentes especialidades no hospital para elaboração de um plano de cuidados dirigidos ao paciente e a sua família, neste caso esta equipe não atende o doente de forma integral. No Brasil estas equipes funcionam como principal modalidade para pacientes em cuidados paliativos. (MACIEL, 2009)

A unidade hospitalar do inglês hospice consiste em uma unidade de complexidade mediana, apta a dar respostas rápidas às necessidades mais complexas. Diferencia-se do hospital geral pelo espaço destinado a atividades diversas. No Brasil esta modalidade é encontrada no Hospital do Câncer IV do INCA, no Rio de Janeiro; a Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital de Câncer de Barretos, Hospital local de Sapopemba em São Paulo e também o Hospital Premier que atende os convênios de saúde em São Paulo. (MACIEL, 2009)

A unidade ambulatorial é baseada em um modelo de consultas com um especialista, destina-se ao atendimento de pacientes portadores de doenças avançadas e

progressivas. O principal objetivo deste serviço é proporcionar ao doente o controle dos sintomas, a comunicação adequada de informações sobre a evolução e as formas de tratamento de sua enfermidade. (MACIEL, 2009)

A unidade-dia é a assistência prestada a pacientes que permanecem no domicilio, esta modalidade possibilita um descanso para os familiares e uma possibilidade de socialização para os pacientes que ficam sozinhos. (MACIEL, 2009)

O atendimento domiciliar caracteriza-se por uma atividade destinada a portadores de doenças avançadas, estes pacientes após o controle dos sintomas e uma cuidadosa avaliação das condições da família, o paciente passa ser cuidado em casa. A principal vantagem deste serviço é a permanência do doente em sua residência e ao lado de sua família, condição esta que se assegura a melhor qualidade de vida. As visitas podem ser realizadas por medico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista fisioterapeutas, dentre outros. (MACIEL, 2009)

Por fim, as hospedarias são unidades destinadas a pacientes relativamente estáveis, com sintomas bem controlados. Estes pacientes poderiam permanecer em seus domicílios, mas por fatores como falta de cuidador habilitado, distância dos centros de tratamento e dificuldades relativas à alta dependência. Por tanto a partir destas modalidades os pacientes em cuidados paliativos devem receber uma avaliação para que ocorra o encaminhamento para cada serviço de forma correta priorizando sempre a melhor qualidade de vida do paciente. (MACIEL, 2009)

Segundo Clark e Seymour (1999 *apud* ESSLINGER 2004, p.46), os princípios essenciais contidos nos cuidados paliativos são:

> Total care (cuidado total): Refere-se a um cuidar multidimensional do sofrimento, seja este experienciado pela pessoa doente ou por seus familiares; Team work (equipe de trabalho): refere-se ao modelo interdisciplinar de trabalho requerido por um modelo efetivo de cuidados paliativos; Trust (confiança): refere-se à natureza da relação entre "pessoa cuidada" e o "cuidador" - relação esta onde a mútua autonomia deve ser facilitada.

O principal foco dos cuidados paliativos é o cuidar integralmente do físico, do espiritual, do psicológico e do social. E dar voz ao paciente para que ele expresse suas vontades, seus medos, visando sempre à qualidade de vida deste indivíduo. O dar voz e dar autonomia e participar desta autonomia, como profissional ético, mas também que e humano. (ESSLINGER, 2004)

Para o atendimento destes pacientes é necessário uma equipe multidisciplinar treinada formada por médicos, dentistas, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista, enfermeiros, cuidadores assistente social e psicólogo. Cada um com seu papel profissional diferente, no entanto com objetivo igual focado no cuidar. (ESSLINGER, 2004).

Um fator de grande importância dentro da equipe é a questão da comunicação, a comunicação deriva do *latim comunicare* que significa pôr em comum. A comunicação e o que diferencia o ser humano de outros animais, além de ser um elemento fundamental em nossa relação, a comunicação e um componente essencial quando falamos em cuidados em todas as esferas. (SILVA E ARAÚJO, 2009).

A comunicação pode se dividir em dois tipos: a comunicação verbal e a comunicação não-verbal. A verbal é aquela que expressamos por meio de palavras a fim de relatarmos um fato ou um pensamento. A não verbal é aquela expressa por meio dos gestos e das emoções implícitas no processo de se comunicar. A comunicação permeia todas as nossas relações e deve ser tratada com grande importância quando se trata de uma equipe de profissionais que lidam com pacientes em situação grave de adoecimento. (SILVA E ARAÚJO, 2009).

Silva e Araújo (2009) destacam que os profissionais que atuam com seres humanos em situação de adoecimento e sofrimento, principalmente com os que vivenciam uma doença fora de possibilidades de cura, não bastam apenas se comunicar devem saber quando e o que comunicar. Ressaltam ainda que é necessário saber até quando o momento é de calar, deixando apenas que os olhares as lágrimas e o silêncio falem.

A comunicação é importante para quebrarmos o que em cuidados paliativos e chamado de conspiração do silêncio, que e quando a família decide não contar para o paciente sua real condição. Hermes e Lamarca (2013)[11] acreditam que enquanto melhor ser trabalhada a comunicação melhor será para o paciente e seus familiares lidarem com o diagnóstico e o prognóstico de uma doença.

A comunicação é de suma importância, pois de acordo com Serrano (2014)[12], a falta de informações sobre o tratamento e o prognostico da doença faz com que sejam geradas ansiedades para o paciente e para seu grupo familiar criando expectativas e desequilíbrio em todo o processo de cuidados.

---

[11] http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012
[12] http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2014/11/Artigo-Sandra.pdf

A principal habilidade que estes profissionais devem ter é a escuta, no entanto uma escuta atenta e reflexiva que demonstre interesse pela história de vida do paciente, para que se consiga entender as reais demandas do paciente, em um paciente, por exemplo, com câncer que possui um apego por sua aparência, este paciente deverá ser entendido para além das dores, porque seu sofrimento poderá estar ligado a questões ligadas a baixa autoestima, não usar uma determinada roupa, ou algum produto ou de não ter mais seus cabelos. (SILVA E ARAÚJO, 2009).

Prade *et al* (2008), destaque que enquanto mais o paciente e seus familiares conseguirem verbalizarem, melhor será os benefícios para ambos na medida que facilitara a comunicação e aumentara o sentimento de segurança.

O médico tem toda sua formação acadêmica focada para o diagnóstico e tratamentos de doenças, no entanto quando este se depara com um paciente em cuidados paliativos que o foco já não está mais na cura de uma doença, faz se necessário que ele reveja seus conceitos de saber e principalmente trabalhe efetivamente em equipe. O principal papel de um médico em uma equipe de cuidados paliativos e ser coordenador de comunicação, pois como sua responsabilidade é propor tratamentos e dar informações sobre diagnostico e prognostico e necessário que ele funcione como elemento facilitador para que não ocorram informações errôneas quando outros profissionais forem questionados pelos familiares. (CONSOLIM, 2009)

Outro profissional importante são os enfermeiros, pois são eles que passam a maior parte do tempo com o paciente, são eles que participam de forma ativa nos processos de interações com os familiares e com a equipe. (FIRMINO, 2009)

Também temos os profissionais farmacêuticos que buscam o alivio das dores e do desconforto voltadas às demandas do tratamento farmacológico (BRICOLA, 2009). O profissional nutricionista também de grande importância neste processo, uma vez que os pacientes em cuidados paliativos possuem menos apetite, menos sede, dependem de dietas às vezes com restrições, são eles que farão uma avaliação para indicar uma terapia nutricional adequada a cada paciente. (NASCIMENTO, 2009)

A fisioterapia também tem sua importância neste contexto uma vez que são estes profissionais que trabalharam com a parte dos movimentos e da funcionalidade do paciente (ANDRADE *et al.*, 2009). O fonoaudiólogo trabalha as questões ligadas a comunicação dos pacientes, pois a fala pode apresentar-se de forma alterada devido ao rebaixamento do nível de consciência, efeitos colaterais das medicações, alterações de

mobilidade e tonos da musculatura facial, déficit de memória, nível de atenção reduzida ou incidência de casos de demências, (PINTO,2009)

Outro profissional importante nesta equipe é o assistente social, seu papel e orientar o paciente, os familiares e a rede de suporte social. Sua principal função é prestar informações e acompanhar os pacientes e seus familiares sobre questões relativas aos aspectos socioeconômicos e burocráticos. Por fim temos a atuação do profissional psicólogo que tem por objetivos acolher e escutar de forma integral os pacientes, os familiares e os membros da equipe. (ANDRADE, 2009)

No próximo capitulo abordaremos de forma abrangente quais são as contribuições e a importância do profissional psicólogo com os pacientes que estão em cuidados paliativos.

3. A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Como já observado os pacientes em cuidados paliativos tendem a sofrer alterações em várias esferas, principalmente no que diz respeito ao psiquismo e em sua relação com o outro. Neste momento é que se faz necessária a presença de um profissional psicólogo. Este contato com o serviço de psicologia pode acontecer dentro dos hospitais e também através de visitas domiciliares. (RODRIGUES, 2009)

No Brasil o serviço de Psicologia, dentro das instituições hospitalares teve sua trajetória iniciada no ano 1954, com a percussora Matilde Neder, quando a mesma a convite do Dr. Eurico de Toledo Carvalho, ficou responsável por acompanhar psicologicamente os pacientes submetidos à cirurgia de coluna, na Clínica Ortopédica e Traumatológica da USP. (CAMON, 2004)

Segundo Simonetti (2004, p.15) a psicologia hospitalar é:

> O campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. O adoecimento se dá quando o sujeito humano carregado de subjetividade esbarra em um "real", de natureza psicológica, denominada "doença", presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família, ou na equipe de profissionais.

Aspectos psicológicos são as manifestações da subjetividade do ser humano frente às situações, que engloba nossos sentimentos, nosso comportamento, nossos sonhos, crenças, desejos e fantasias. Aqui estas situações compreendem o adoecimento, a forma com que o indivíduo percebe esta realidade. (SIMONETTI, 2004)

Para Simonetti (2004) o objetivo da psicologia hospitalar é a subjetividade, pois ao se perceber adoecido o paciente tem sua subjetividade abalada. Neste momento e necessário que a psicologia de voz a esse sujeito. Utilizando como campo de trabalho o corpo simbólico, as palavras, ou seja, o psicólogo trata o adoecimento pela escuta. No entanto não se trata de uma conversa e de uma escuta comum, é uma escuta especializada é assimétrica onde um dos membros fala mais do que o outro.

Dentro dos Cuidados paliativos, o profissional psicólogo deverá ter uma escuta organizada no sentido de (re) significar a vida. Pois em sua maioria estes pacientes vivenciam momentos de grandes angústias, pois apesar da morte acontecer para todos

estes estão cada vez mais próximos dela. Além destas angustias a fala vem carregada de medos, temores, dores e queixas. (ELSSLINGER, 2004)

O psicólogo muitas vezes encontrará casos em que o paciente por razões orgânicas ou não, estará ausente de comunicação verbal, no entanto é necessário que este indivíduo seja escutado pelos signos não verbais, como os gestos, olhares, a escrita e até mesmo o silêncio. (SIMONETTI, 2004).

Além de escutar o psicólogo deve segundo Simonetti (2004), sustentar a angústia do paciente, até o tempo necessário para que o próprio sujeito consiga por si fazer uma elaboração. Pois de acordo com Prade et al (2008) cada sujeito lida com a doença conforme sua personalidade, suas crenças e história de vida, por tanto é de total importância para o atendimento psicológico compreender este ser em sua totalidade e singularidade.

De acordo com Pérez – Ramos (2004 *apud* MELO *et al*, 2013, p.461), as funções do psicólogo no serviço de cuidados paliativos são: compreender os fenômenos intrínsecos das relações; orientar e escutar os familiares e profissionais e também promover o movimento de humanização no ambiente hospitalar.

É necessário também que o psicólogo esteja atento aos estágios listados por Kübler-Ross (1998), pois estes nos darão clareza de como deveremos orientar e nortear a nossa escuta. Pois devemos respeitar e deixar que o paciente elabore as informações de seu diagnóstico e prognóstico no tempo em que ele consiga suportar.

Segundo Simonetti (2004), a psicologia hospitalar trabalha com o desejo do paciente, ou seja, nossa escuta irá depender sempre do desejo ou não do paciente ser atendido.

É importante ressaltarmos que em um ambiente hospitalar o setting se diferencia do processo psicoterápico, pois os atendimentos não se dão em lugares definidos e precisos, os atendimentos feitos pelo psicólogo podem acontecer nos leitos e até mesmo nos corredores contando muitas vezes com diversas interrupções. E diferentemente do processo psicoterápico em que a pessoa procura o serviço de psicologia, no hospital a pessoa é que será abordada em seu próprio leito, desta forma Camon (2004), ressalta que é importante que o psicólogo, estabeleça limites para sua atuação para não se tornar mais um elemento invasivo para o paciente uma vez que em alguns casos terão pacientes que se quer sabe o papel do psicólogo.

Para Camon (2004), "o objetivo principal da psicologia hospitalar é minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização" (p.73). Ao ser hospitalizado o paciente passa

por um longo processo de despersonalização, pois seu nome pode passar a ser um número de leito ou até mesmo um nome de uma patologia. Além desta despersonalização o paciente sofre variadas situações invasivas e abusivas, estas medidas podem ser variadas aplicações de injeções, acordarem o paciente para se alimentar, em algumas vezes ter que fazer suas necessidades básicas perto de um desconhecido, dentre várias outras.

Camon (2004) ressalta ainda que é necessário que o psicólogo busque identificar no paciente quais são as implicações que o processo de hospitalização geram, pois cada paciente entende e reage a este processo de uma forma.

Os serviços de cuidados paliativos têm por objetivos minimizar ao máximo estes sofrimentos, prestando uma assistência humanizada no sentido principalmente de chamar este paciente sempre pelo nome e respeitando seus desejos sempre quando possível. (NUNES, 2009)

Segundo Melo *et al.* (2013)[13], a atuação do psicólogo deverá estar norteada para a busca da qualidade de vida, amenizando a ansiedade, a depressão e principalmente auxiliar o paciente na adesão aos diferentes tipos de tratamentos e efeitos colaterais da rotina deste paciente.

A dor é um dos fatores que gera muito desconforto e sofrimento psicológico, por vezes causa no paciente grande dependência para realizar atividades simples do cotidiano. Nestas situações é necessário que o psicólogo trabalhe intervenções que atenda as demandas do paciente, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida e diminuição de sintomas. (LIONE, 2008)

O psicólogo intervirá buscando identificar e favorecer a adaptação deste paciente para uma nova rotina e ajudá-lo a buscar e identificar mecanismos que possam diminuir a dor. (LIONE, 2008)

A assistência prestada pelo serviço de psicologia deverá atender o paciente, os familiares, a equipe de saúde e o próprio psicólogo. Ferreira et al, (2011), destaca que o atendimento psicológico junto ao paciente deve levar o paciente a compreender que o momento vivido pode e deve ser compartilhado.

Quando falamos em dar uma assistência que envolve as várias dimensões do sujeito, se inclui aqui as questões espirituais, algumas pesquisas apontam que questões ligadas à espiritualidade favorecem um bom suporte para o enfrentamento da doença de

[13] http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862013000300007&script=sci_arttext

forma que o paciente consiga através da fé diminuir suas angustias. (FERREIRA *et al.*, 2011)

É importante também atender de forma humanizada os familiares do paciente, de forma que eles também se sintam acolhidos e entendidos. Segundo Simonetti (2004) o psicólogo ajudara os familiares explicando e conscientizando-os do estado do paciente e também auxiliara no processo de readaptação desses familiares há uma nova rotina. Na atuação com os familiares o psicólogo poderá utilizar além dos atendimentos individuais os grupos terapêuticos sempre que for necessário.

Muitas vezes os familiares se perdem no meio de tantos termos técnicos e acabam assim aumentando sua angustia desta forma o psicólogo poderá atuar de forma a esclarecer as dúvidas, incentivar os familiares a verbalizarem seus medos, fazendo com que a ansiedade se diminua. (SIMONETTI, 2004)

Quando o prognostico não e favorável e ocorre a morte do paciente, o psicólogo devera se colocar à disposição dos familiares. Nestes momentos e necessário deixar que estes pacientes extravasem suas emoções sendo pelo choro ou pelo silencio. (FERREIRA *et al.*, 2011)

Depois que a morte se dá, é necessário que o psicólogo dê assistência para facilitação do processo do luto. De acordo com Franco (2008), para que os familiares se ajustem depois da morte de seu ente é necessário um trabalho a curto e em longo prazo. Pois já após o diagnóstico de uma doença tanto o paciente e seus familiares vão vivendo o luto a cada fase da doença, no entanto com o a morte a perda se torna concreta e pode causar muitos impactos nos familiares.

Kübler-Ross (1998) aponta que em geral os familiares preferem ficar sozinhos nas primeiras horas, e que cada um enfrenta este momento de uma forma. Nos primeiros dias depois da morte de seu ente o tempo e preenchido por receber visitas de parentes e amigos, no entanto depois que se faz o funeral e que os parentes de se retiram os familiares mais próximos são tomadas de um verdadeiro vazio é e neste momento que segundo a autora e que aos familiares precisam de apoio. Em especial Kübler-Ross (1998), fala sobre as crianças que muitas vezes são esquecidas no meio destes acontecimentos, mas não porque ninguém se importe com elas, mas na maioria das vezes as pessoas não sabem lidar com esse assunto com as crianças.

Junto com a equipe multiprofissional é necessário que o psicólogo fortaleça a comunicação, buscando facilitar e melhorar cada vez mais a relação dos membros da equipe com o paciente. Alertando aos outros profissionais para falas que não devem ser

ditas na frente do paciente, para que isso não venha a prejudicar cada vez mais seu emocional. (SIMONETTI, 2004)

Apesar dos profissionais de saúde estarem frequentemente lidados a questões que envolvem o adoecimento, estes podem acabar se desgastando e se envolvendo emocionalmente com algum caso e transformar o ambiente de trabalho em aversivo e angustiante, desta forma Mendes *et al.* (2009) sugeri que o psicólogo crie também um espaço onde os profissionais possam não só discutir os casos, mais para que cada um expresse suas angustias e medos frente ao sofrimento daquele paciente.

Apesar de o profissional psicólogo estar incluso na equipe este devera buscar auxilio da psicoterapia. Escutar o outro requer que o psicólogo esteja equilibrado para que isto não interfira na escuta dada ao outro. (MENDES *et al.*, 2009)

Kübler-Ross (1998) destaca que para atender as necessidades de um paciente que está perto da morte é necessário maturidade é autoexame de nossa posição frente à morte para que não nos coloquemos frente ao paciente com ansiedades e medos.

O trabalho do psicólogo na equipe que atua em cuidados paliativos é de suma importância uma vez que será este profissional que atenderá de forma ética e especializada as demandas psicológicas e as questões existenciais que surgiram durante o processo de adoecimento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o avanço tecno-cientifico, cada vez crescente no mundo e em nosso país, a prática dos cuidados paliativos deverá se tornar nas próximas décadas emergência em nosso sistema de saúde.

Os cuidados paliativos é direito de qualquer pessoa e na medida em que esta prática se expandir, haverá não apenas humanização, mas será uma quebra de tabu, para que questões relativas a morte seja mais debatida e abordada em nossa sociedade atual. O conceito de boa morte anunciado pela prática dos cuidados paliativos, entende a morte como um processo natural, e que esta pode ser vivida com dignidade, e com sintomas e dores minimizados visando sempre a qualidade de vida e a autonomia do paciente.

Cuidados paliativos significa ofertar qualidade de vida e conforto, àqueles pacientes que se encontram em um momento angustiante e doloroso de suas vidas. Através desta revisão literária notamos que apesar de não existir uma formação acadêmica especifica em cuidados paliativos é necessário que os profissionais de saúde busquem se capacitar para melhor atender os pacientes, atendendo-o de forma global e humanizada.

É necessário também que estes profissionais estabeleçam um bom vínculo de comunicação para que o atendimento proporcione um cuidado total aos pacientes agregando os princípios norteadores dos cuidados paliativos.

Estes cuidados são oferecidos a pacientes que possuem doenças sem possibilidades terapêuticas curativas, desta forma o foco passa a estar ligado ao cuidar e não mais a curar. Estes cuidados devem ser ofertados desde o diagnóstico, para que o sofrimento dos pacientes e familiares seja diminuído na fase final da vida.

Esta pratica faz com que os profissionais entendam que a morte e um processo natural da vida e que tratamentos que têm por objetivo prolongar a vida, apenas prolongam dor e sofrimento.

A equipe multidisciplinar faz toda a diferença, quando estamos falando de uma pratica que vê o homem em sua totalidade. Ao entender que uma doença não traz apenas

impactos físicos, e que aspectos sociais, psicológicos e espirituais devem ser levados em conta, o paciente pode ser melhor assistido e cuidado.

Os aspectos psicológicos influenciam diretamente no bem estar e no tratamento do paciente. Desta forma o psicólogo e membro fundamental da equipe que atua em cuidados paliativos.

O profissional psicólogo é aquele que possui conhecimento teórico e prático no que diz respeito a questões psicológicas e emocionais, sua atuação terá como foco dar voz há este paciente para que ele expresse seus sentimentos, medos, suas vontades e angustias.

O paciente e seus familiares ao se depararem com uma doença que não possui possibilidades terapêuticas passam por um período de luto, de inseguranças e medos, o psicólogo atuara visando fortalecer os vínculos de comunicação entre a tríade paciente-família e equipe minimizando assim o sofrimento e os impactos causados pelo adoecimento.

Procuramos com este trabalho ressaltar a importância de levar o conhecimento aos profissionais de saúde e a sociedade em geral da pratica dos cuidados paliativos. Visto que com o aumento da expectativa de vida e com o aumento de incidências de doenças crônico degenerativas, o crescimento de pacientes com doenças sem possibilidades terapêuticas poderá ser um público grande. E buscamos principalmente explanar de forma abrangente o papel do psicólogo dentro desta equipe. Para que o paciente tenha a oportunidade de ser escutado, de forma especializada. Pois de acordo com a precursora do movimento em cuidados paliativos, “o sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida” (CICELY SAUNDERS).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Bianca Azoubel de; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa; YASUKAWA, Samira Alencar. O Papel do fisioterapeuta na equipe de cuidados paliativos. In____ Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p.230-233. Parte 5.

ANDRADE, Leticia. Papel do Assistente Social na equipe de cuidados paliativos. In____ Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p.221-223. Parte 5.

ANGELOTTI, Gildo. Dor Crônica: Aspectos biológicos, psicológicos e sociais. In: CAMON, Valdenar Augusto Angerami. Psicossomática e a Psicologia da dor. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.p.113.129.

ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana. Dor e Câncer. In: CARVALHO,Vicenti Augusto de(Org.). Temas em Psico-Oncologia. São Paulo: Summus,2008. p.287-293. Parte 6.

_____. Quintana. Indicações de Cuidados Paliativos. In____ **Manual de Cuidados Paliativos.** Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p.20-36. Parte 1.

BRICOLA, Solange. Papel do farmacêutico clínico na equipe de cuidados paliativos. In____ Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p.224-225. Parte 5.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami. **Tendências em Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Thomson, 2004.

CHIBA, T. Assistência ao idoso terminal. In: ____ PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Rio de Janeiro, Atheneu: 1996. p. 431. Cap.3.

COELHO, Marilda Oliveira. A dor da perda da saúde. In: CAMON, Valdenar Augusto Angerami. Psicossomática e a Psicologia da dor. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.p.69-92.

CONSOLIM, Leonardo. Papel do médico na equipe de cuidados paliativos In____ Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 214-215. Parte 5.

ESSLINGER, Ingrid. **De Quem é a vida afinal**? Descortinando os cenários da morte no hospital. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FERREIRA, Ana Paula de Queiroz; LOPES, Leany Queiroz Ferreira; MELO, Mônica Cristina Batista de Melo. **O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto a pacientes com câncer.** Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a07.pdf >. Acesso em: 15 ago. 2015.

FIGUEIREDO, Maria das Graças Mota Cruz de Assis. Cuidados Paliativos. In: CARVALHO,Vicenti Augusto de(Org.).Temas em Psico-Oncologia. São Paulo: Summus,2008. Parte VII, p.382-387. Parte 7.

FIRMINO, Flávia. Papel do enfermeiro na equipe de cuidados paliativos In____ Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 216-217. Parte 5.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.12, supl. 2, n.2, 2008. Disponível em :< http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a17.pdf >. Acesso em: 22 ago. 2015.

FRANCO, Maria Helena Pereira. Trabalho com pessoas enlutadas. In: CARVALHO,Vicenti Augusto de(Org.).Temas em Psico-Oncologia. São Paulo: Summus, 2008. p. 388-402.

GIROND, Juliana Balbinot Reis; WATERKEMPER, Roberta. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relaçoes. **Cogitare Enfermagem,** v.11, n.3, 2006. Disponível em: < http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/7313>. Acesso em: 11 ago. 2015.

HERMES, Hélida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.9, set. 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012>. Acesso em: 15 ago. 2015.

KOVÁCS, Maria Júlia. Aproximação da morte. In: CARVALHO,Vicenti Augusto de(Org.).**Temas em Psico-Oncologia.** São Paulo: Summus, 2008. p.388-397. Parte 7.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAHAM, Cláudia Fernandes; CHIBA, Toshio. Terminalidade: Ética, Dignidade e Respeito. In: QUAYLE, Julieta; LUCIA, Mara Cristina Souza de.Adoecer. As interações do doente com sua doença. São Paulo, Atheneu: 2003.p.153-166.

LIONE, Fernanda Rizzo. Dor: aspectos médicos e psicológicos. In: CARVALHO,Vicenti Augusto de(Org.).Temas em Psico-Oncologia. São Paulo: Summus,2008. p.294 – 302. Parte 6.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Organização de serviços de Cuidados Paliativos. In____ Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 72-85. Parte 1.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios. In____ Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.. p. 14-19. Parte 1.

MELO, Anne Cristine de Melo; VALERO, Fernanda Fernandes; MENEZES, Marina. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Psicologia, Saúde & Doenças,** v.14, n.3, nov. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862013000300007&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 ago. 2015.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Revista SBPH,** v.12, n.1, jun. 2009. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011 >. Acesso em: 9 ago.2015.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em Busca da boa morte**. Antropologia dos Cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond/ Fiocruz,2004.

MORAES, Tânia Mara. **Como cuidar de um doente em fase terminal?** Orientação para cuidadores. São Paulo: Paulus, 2008.

NASCIMENTO, Andréia Gislene do. Papel da nutricionista na equipe de cuidados paliativos. In____ Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p.227-228. Parte 5.

NUNES, Luana Viscardi. Papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos. In____ Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p.218-220. Parte 5.

PINTO, Adriana Colombani. O papel do fonoaudiólogo na equipe de cuidados paliativos. In____ Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p.234-236. Parte 5.

PINTO, Cristhiane da Silva. Procedimentos sustentadores de vida em cuidados paliativos: uma questão técnica e bioética. In____ Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 195-196. Parte 4.

PRADE, Cristiane Ferraz; CASELLATO, Gabriela; SILVA, Ana Lúcia Martins da. Cuidados paliativos e comportamento perante a morte. In: KNOBEL, Elias **Psicologia e Humanização. Assistência aos pacientes graves.** São Paulo: Atheneu, 2008. p.149-158.

ROCHA, Roseli Lopes. Aspetos psicológicos em pacientes com dor crônica. In: CAMON, Valdenar Augusto Angerami. Psicossomática e a Psicologia da dor. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.p.131.146.

RODRIGUES, Luís Fernando. Modalidades de atuação e modelos de assistência em cuidados paliativos. In____ Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Parte I. p. 58-60.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade, *et al.* Transição epidemiológica e o estudo da carga de doenças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, 2004. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n4/a11v9n4>. Acesso em: 10 ago. 2015.

SERRANO, Sandra Caíres. Abordagens precoces minimizam sofrimento físico e emocional. **Revista Onco,** nov./dez. 2014. Disponível em: < http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2014/11/Artigo-Sandra.pdf >. Acesso em: 8 ago. 2015.

.SILVA, Maria Julia Paes da; ARAÚJO, Monica Martins Trovo de. Comunicação em cuidados paliativos In____ Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Parte I. p. 49-54.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar**. O mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. 2014. **Vamos falar de cuidados paliativos**. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>. Acesso em: 4 set. 2015.

VALE, Carla Cristina Soares de Oliveira. **Paciente Comatoso**: sujeito e objeto. 2014. 103f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia). – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014. Disponível em: < http://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Carla-Cristina-Soares-de-Oliveira-do-Vale.pdf >. Acesso em: 23 ago. 2015.