



Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC/UBÁ
Graduação em Psicologia

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NA ASSISTÊNCIA FAMILIAR EM
CUIDADOS PALIATIVOS

Contributions of psychology in family assistance in palliative care

Rafaela Gomes Andrade¹; Lucimar Freitas de Amorim².

¹Discente do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Presidente Antônio Carlos - FUPAC/Ubá.

²Psicóloga. Docente da Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC/Ubá.

RESUMO

Os cuidados paliativos possibilitam que o paciente e sua família passem por experiências emocionais intensas, colocando-os mais sensíveis ao processo da terminalidade. As possíveis técnicas de intervenção utilizadas durante o acolhimento desses membros promovem o bem-estar emocional, social e psicológico, reforçando o papel central do psicólogo ao longo desse processo. Este estudo tem como objetivo analisar a atuação do psicólogo na assistência às famílias de pacientes em cuidados paliativos. A partir de uma revisão integrativa da literatura, foram avaliados artigos relevantes sobre cuidados paliativos e assistência familiar, sendo utilizados os bancos de dados *Scielo*, Google Acadêmico, site do Ministério da Saúde. Os resultados demonstram que as intervenções psicológicas direcionadas às famílias de pacientes em fase terminal são fundamentais para a aceitação do fim da vida, além de favorecerem um ambiente propício para uma comunicação aberta entre os membros do núcleo familiar. As técnicas apresentadas auxiliam no enfrentamento do luto. O estudo destaca a importância de um suporte psicológico contínuo e personalizado, evidenciando que práticas eficazes contribuem para um melhor enfrentamento dos cuidados paliativos, proporcionando às famílias o amparo necessário para vivenciar o luto. Ademais, ressalta-se a importância de uma equipe multidisciplinar, que garanta um cuidado integral.

Palavras-chave: assistência familiar, cuidados paliativos, psicologia.

ABSTRACT

Palliative care allows the patient and their family to go through intense emotional experiences, making them more sensitive to the terminality process. The possible intervention techniques used during the reception of these members promote emotional, social and psychological well-being, reinforcing the central role of the psychologist throughout this process. This study aims to analyze the role of psychologists in assisting families of patients in palliative care. From an integrative review of the literature, relevant articles on palliative care and family assistance were evaluated, using the databases Scielo, Google Scholar, Ministry of Health website. The results demonstrate that psychological interventions aimed at families of patients in terminal phase are fundamental for accessibility at the end of life, in addition to promoting an environment conducive to open communication between family members. The techniques presented helped in coping with grief. The study highlights the importance of continuous and personalized psychological support, highlighting recommended practices for better coping with palliative care, providing comfort to families and the necessary support to experience grief. Furthermore, the importance of a multidisciplinary team is highlighted, which guarantees comprehensive care.

Keywords: family assistance, palliative care, psychology.

Correspondência:

Nome: Rafaela Gomes Andrade

E-mail: rafaelagi_andrade@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde [OMS], descreveu cuidados paliativos [CPs] como o cuidado total e ativo de pacientes cuja doença não responde mais a nenhum tipo de tratamento, sendo prioritário o controle da dor e outros sintomas e problemas, como psicológicos, sociais e espirituais, com o objetivo de proporcionar a melhor qualidade de vida para ele e sua família. Entretanto, o paliativismo necessita de assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que tem por objetivo a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio de sofrimento, através de um diagnóstico preliminar e avaliação impecável (WHO, 2002).

Entretanto, a implementação de políticas de CPs é crucial para garantir que pacientes e famílias recebam o apoio necessário para atravessar o processo de morte e luto de maneira mais digna e acolhedora. Entretanto, as políticas públicas voltadas para o cuidado paliativo tornam-se cada vez mais imperativas, diante do fato de que uma parcela significativa da população carece de acesso adequado a esses cuidados. O Brasil figura na 42ª posição no Índice de Qualidade de Morte, sendo classificado como uma nação de qualidade mediana no que tange aos CPs, em um levantamento que abarcou 80 países (Salgado, 2019; Ministério da Saúde, 2024).

Durante o processo de adoecimento, é comum que os pacientes enfrentem diversas perdas, seja pela progressão da doença, tratamento, ou confronto iminente da morte. Tanto o paciente em CPs quanto seus familiares costumam passar por experiências emocionais intensas e estressantes, devido ao sofrimento causado pela enfermidade e proximidade da morte, podendo resultar em luto antecipatório, no qual os sentimentos de perda são vividos antes que ela efetivamente ocorra (Areia, Fonseca, Major & Relvas, 2019).

O luto é uma experiência única para cada pessoa e pode ser traumática, influenciada por diversos fatores. Pode ser que exija intervenções específicas, com atividades voltadas para seu manejo. O profissional de saúde desempenha um papel fundamental como suporte no processo de morte e pós-morte, mas há a necessidade de programas padronizados para garantir a qualidade nesse atendimento. No entanto, muitos profissionais não se sentem preparados para apoiar as famílias adequadamente, que, por sua vez, apontam falhas no atendimento às suas necessidades psicossociais e espirituais (Pimenta & Capelas, 2019).

O Sistema Único de Saúde [SUS] garante o acesso aos CPs para todas as pessoas que vivem o adoecimento que ameaça a continuidade da vida. É recomendado que ele aconteça de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde [RAS], estimulando um trabalho multidisciplinar,

baseando-se nos princípios de humanização da atenção à saúde. Os profissionais da saúde devem estar capacitados para conseguir identificar as necessidades do paciente, suas preferências e condições para lidar com a situação, prestando apoio à família e mantendo uma boa comunicação (Abreu & Júnior, 2018; Ministério da Saúde, 2018).

A atuação da família no processo de terminalidade da vida é essencial, pois ela exerce um papel fundamental tanto no apoio emocional durante a doença quanto no suporte após a perda do ente querido. O processo de luto, as mudanças nas dinâmicas familiares e a adaptação ao novo cenário exigem cuidados especiais, muitas vezes associados à implementação de cuidados paliativos. Estratégias de enfrentamento, como o apoio familiar e a crença em práticas espirituais, são vitais para esse processo. Além disso, o apoio dos profissionais de saúde, com a oferta de informações adequadas e a orientação contínua, é essencial para garantir a qualidade do cuidado e o bem-estar da família diante de um momento de fragilidade (Nunes & Diniz, 2023).

Pacientes em cuidados paliativos frequentemente enfrentam a dor, o que compromete significativamente sua qualidade de vida. Assim, o controle dos sintomas torna-se essencial para permitir que realizem atividades que ajudem a reduzir o sofrimento causado pela doença. Aliviar a dor e o sofrimento não envolve apenas oferecer cuidados empáticos, mas também participar ativamente na tomada de decisões informadas que respeitam os valores e a identidade de cada paciente. Isso contribui para a humanização das práticas médicas, promovendo uma ressignificação dos cuidados (Schenker et al., 2021).

A formação dos profissionais de saúde em cuidados paliativos ainda apresenta lacunas significativas, com muitos cursos não abordando adequadamente a preparação emocional e psicológica necessária para lidar com a morte e o processo de morrer. Esse despreparo emocional pode gerar sentimentos negativos como medo, culpa e ansiedade, impactando negativamente a qualidade do atendimento. Portanto, é essencial que os currículos acadêmicos integrem não apenas o conteúdo técnico, mas também uma abordagem humanizada, ética e filosófica, promovendo o cuidado integral e o bem-estar tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde (Ferreira, Nascimento & Sá, 2018; Silva & Sei, 2021).

A pesquisa apresenta a compreensão da assistência psicológica diante da terminalidade da vida, colaborando para um tema pouco explorado durante o período acadêmico. Sendo assim, é apontado a necessidade de expandir as reflexões acerca do paliativismo a fim de ser pensado nas despedidas/preparação para a separação, reflexões sobre a qualidade de vida e dignidade no processo de morrer. Tem como objetivo analisar o papel da psicologia na assistência familiar diante de CPs.

A morte, o morrer e o luto familiar: apontamentos sobre a política de cuidados paliativos

A terminalidade da vida é um processo decorrente do esgotamento dos esforços para restaurar a saúde do enfermo, que traz à tona a morte iminente, inexorável e prevista, considerada como a interrupção absoluta da existência. O cuidado com o morrer implica na busca de assegurar a dignidade e o conforto até o último minuto de vida. Entretanto, para que isso seja realizado é necessário um ambiente apoiador e acolhedor, que colabore de forma a minimizar as dores, aliviar a angústia e reduzir danos evitáveis, decorrentes de um corpo em declínio progressivo, permitindo uma morte pacífica (Silva, Pereira, & Mussi, 2015; Costa, Caldato & Furlaneto, 2019).

Ampliando o conceito de cuidado paliativo, pode-se compreender como uma abordagem que visa à prevenção e ao alívio do sofrimento, à promoção de dignidade, melhor qualidade de vida e adaptação a doenças progressivas para adultos e crianças vivendo com condições crônicas, complexas ou limitadores da vida e para suas famílias. Além disso, reforça que os tipos mais comuns e graves de sofrimento podem variar de acordo com o local e a cultura, e em cenários de emergências humanitárias ou crises (Gómez- Batiste & Connor, 2017).

O cuidar de um familiar em CPs requer muitas adaptações, uma vez que se torna necessário lidar com a nova realidade imposta. Familiares que acompanham o sofrimento do paciente podem desenvolver sentimentos de angústia e culpa por não conseguirem confortá-los e obter a assistência necessária para avaliar o sofrimento. Dessa forma, no cenário dos CPs, a assistência à família objetiva aliviar o sofrimento dos pacientes e seus familiares, inclusive no período do luto. Além disso, deve-se levar em consideração que o cuidar demanda tempo, presença, companhia e zelo, o que acaba por alterar a rotina do cuidador, levando-o a restrições em sua vida pessoal, social e profissional, com um déficit de autocuidado que envolve o sono e o repouso, a socialização e cuidado com a saúde, conduzindo para um estado de esgotamento físico e mental (Carvalho, Parsons & Pineli, 2018).

Em torno de uma doença grave com inevitável direção à morte, a família adoece junto. O contexto de desintegração ou de fortalecimento de laços afetivos permeia, muitas vezes, fases complicadas da doença física. O espaço que essa pessoa doente ocupa na família influencia grandemente. Há fases de fragilidade de todos, sejam seus laços bons ou ruins, fáceis ou difíceis, de amor, tolerância ou ódio. Os problemas da experiência de doença

refletem em todos, e o suporte que o adoentado tem pode auxiliar ou problematizar esse momento (Arantes, 2019).

Com a ocorrência de óbito, torna-se possível explicar o luto didaticamente, dividindo-o em cinco etapas: negação e isolamento, na qual o indivíduo nega a realidade da perda e pode se isolar emocionalmente; raiva, surgindo a frustração, que pode ser direcionada para si, aos outros ou à situação; barganha, momento em que o enlutado tenta negociar com a realidade, buscando formas de reverter a perda ou minimizar a dor; depressão, que se caracteriza por um momento de tristeza e reflexão sobre a perda, na qual a pessoa pode sentir-se sobrecarregada pela dor; e aceitação, que é o estágio final, quando se começa a aceitar a realidade da perda e a encontrar maneiras de se seguir, embora isso não signifique que a dor tenha desaparecido. Porém, não é necessário que todos vivam esses cinco estágios, pois cada um vive o luto de maneira subjetiva. Essa compreensão é crucial para intervenções clínicas, uma vez que cada tipo de luto exige abordagens específicas (Shear, 2015; Kübler-Ross, 2017).

A ação adaptativa a uma perda importante envolve um desenvolvimento dinâmico de modificação a nível psicológico, físico, comportamental e sociocultural da família. Nomeia-se o processo de luto, a maneira como o indivíduo se adapta ao tipo de perda que vive. Há o luto considerado normal, quando a maior parte das pessoas acaba por ultrapassar a sensação inicial de não crer no que está acontecendo, passando a encarar, gradativamente, a perda de algo real. No luto preparatório, o indivíduo pode experimentar um processo de desenvolvimento diante das diversas perdas irreversíveis que ocorrem a curto e médio prazo, preparando-se assim para o fim iminente. Já o prolongado se manifesta quando, perante a perda, a família demonstra dificuldade em aceitar e adaptar-se, podendo ocorrer uma fixação em uma das fases do luto. Ademais, resulta na incapacidade de reestruturar-se, culminando em um desvio da experiência normal do luto (Pimenta & Capelas, 2019).

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM-5-TR] classifica o transtorno de luto prolongado quando, após pelo menos doze meses do falecimento de uma pessoa próxima, o indivíduo adulto apresenta sofrimento intenso ou prejuízo funcional significativo. A reação excede as normas culturais ou sociais e inclui sintomas como saudade intensa, preocupação com o falecido, dor emocional, isolamento, apatia, perda de sentido na vida, e dificuldade em retomar atividades. Pelo menos três desses sintomas devem estar presentes quase diariamente na vida do adulto durante o último mês (American Psychiatric Association, 2023).

É válido destacar que, quanto mais consciente for o processo de luto, maiores serão as chances de se seguir com a própria vida, mesmo sem o ente querido. Isso ocorre porque o valor da vida se mantém significativo, precisamente por causa do amor que existia antes. Quando o indivíduo nega ou evita esse processo, pode desenvolver um luto não reconhecido. Os cuidados paliativos também desempenham um papel crucial nessa fase, auxiliando e, entre outras ações, ajudando a identificar e tratar o luto quando necessário (Arantes, 2019; Pimenta & Capelas, 2019).

Levando em consideração as particularidades deste contexto, em 2023, durante a 349ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde [CNS], foi aprovada uma diretriz que sublinha a relevância de um sistema de saúde centrado nas necessidades e demandas dos pacientes e de suas famílias. Essa diretriz acentua a importância de decisões alicerçadas na ética clínica e no respeito à dignidade durante o atendimento. Tal abordagem humanizada é vital para assegurar que os CPs transcendam o mero aspecto médico, incorporando-se como um componente essencial e abrangente do cuidado com o paciente (Ministério da Saúde, 2024).

Em 2024, houve a promulgação da Portaria GM nº3681, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. Por meio dessa alteração na Portaria de Consolidação GN/MS nº2/17, marca um passo significativo na regulamentação e expansão dos CPs no Brasil, proporcionando uma base legal e institucional para o desenvolvimento de serviços especializados. A nova política prevê a implementação de CPs através de políticas matriciais e assistenciais em todo o território nacional, garantindo assim que pacientes em diferentes estágios de doenças terminais possam ter acesso a um cuidado humanizado e integral. Esta mudança é fundamental para ampliar o acesso e a qualidade dos serviços prestados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde no SUS (Ministério da Saúde, 2024).

Apesar de todos os esforços empreendidos até o presente momento para o desenvolvimento dos CPs no Brasil, ainda há um longo caminho a ser percorrido. A promulgação de leis e a criação de importantes marcos legislativos, embora significativos, não garantem, por si só, a existência ou a execução de uma política pública plenamente consolidada nesse campo. Esses argumentos reforçam o papel crucial de uma sociedade organizada na defesa de seus direitos e exigem uma análise mais aprofundada do contexto atual, bem como das etapas necessárias para que os CPs possam, efetivamente, se estabelecer como uma política pública sólida no Brasil. É essencial considerar que elas possuem um ciclo de vida tradicionalmente dividido em cinco estágios: definição da agenda, formulação da

política, tomada de decisão, implementação e avaliação. Cada um apresenta sua própria complexidade, ritmo e necessidades. A aprovação de leis situa-se no segundo estágio e não deve apenas fornecer diretrizes sobre a questão, mas também avançar no detalhamento técnico-operacional dos aspectos envolvidos na sua implementação (Rodrigues, Silva & Cabrera, 2022).

A implementação dos CPs no Brasil enfrenta desafios relacionados a fatores culturais, políticos e econômicos. A sociedade, frequentemente, apresenta resistência cultural à morte, o que contribui para o sofrimento evitável dos pacientes, que poderia ser minimizado com intervenções adequadas. Além disso, a falta de profissionais capacitados e a concentração dos serviços em grandes centros urbanos dificultam o acesso a esses cuidados em áreas mais remotas. Embora existam avanços, como a Política Nacional de Cuidados Paliativos, a expansão desse modelo depende de melhorias no Sistema Único de Saúde (SUS) e uma maior conscientização pública e profissional (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2001).

Doravante, faz-se necessária a garantia de profissionais capacitados com formação específica em CPs para um trabalho capaz de lidar com as complexidades com acesso aos serviços prestados de forma humanizada, assistência integral aos pacientes sem perspectivas de cura e seus familiares via prevenção e alívio do sofrimento. A identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros sintomas que afligem essas pessoas, seja no início da enfermidade ou na terminalidade da vida fazem parte da filosofia dos CPs. Vale destacar que sua organização integra tais cuidados à RAS com incentivo ao trabalho em equipe multidisciplinar (Ribeiro & Poles, 2019).

Cuidados paliativos nos diferentes níveis de atenção à saúde

Para um paciente que enfrenta uma doença ativa, progressiva e que ameaça a continuidade da vida, é imperativo empregar CPs visando proporcionar o máximo conforto e dignidade até o momento de seu falecimento, abrangendo-o em seus aspectos biopsicossociais. Reconhecer que não há mais recursos para a cura e que ele se encaminha para a finitude, não significa dizer que não há mais nada a fazer. Pelo contrário, origina-se aí um leque de possibilidades e de condutas que podem ser ofertadas ao paciente e sua família. Diante de uma doença grave e incurável, as pessoas entram em sofrimento desde o diagnóstico. Os CPs oferecem, não somente a retirada de tratamentos inúteis, mas também uma realidade mais ampla e assistencial por uma equipe que atue em áreas distintas e interdependentes que cuidará dos sintomas físicos e emocionais. Elucida-se que devem

proporcionar não apenas o alívio, mas a prevenção de um sintoma ou situação de crise (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008; Burlá & Py, 2014; Arantes, 2019).

Com o avanço da ciência e o aumento da expectativa de vida, surgiu a falsa ideia de imortalidade humana. No entanto, a formação médica ainda carece de preparo adequado para lidar com pacientes em estágio grave ou incurável, focando mais na cura do que no alívio do sofrimento. Movimentos pela humanização da saúde impulsionaram a importância dos CPs, que têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, tratando o sofrimento físico, psicossocial e espiritual (Ministério da Saúde, 2004; Ministério da Saúde, 2010).

As RAS foram instituídas pela portaria nº 4.279/2010 com o objetivo de organizar as ações e serviços de saúde, aprimorando a gestão do cuidado no cenário atual. Elas englobam formas de organização e comunicação entre os diferentes níveis de atenção: a atenção primária, que se concentra na promoção da saúde e prevenção de doenças; a atenção secundária, que envolve o tratamento de condições que não podem ser gerenciadas na atenção primária; por fim, a atenção terciária, que se refere a cuidados altamente especializados e complexos, que geralmente são prestados em hospitais e centros de referência. Os profissionais de saúde que atuam nos diversos pontos de atenção das RAS, sejam hospitais, unidades básicas, redes de atenção psicossocial ou outros ambulatorios, públicos ou privados, devem estar cientes e aplicar os princípios estabelecidos pelo SUS, especialmente no que concerne à referência e contrarreferência (Ministério da Saúde, 2004; Ministério da Saúde, 2010).

A implementação dos CPs na Atenção Primária à Saúde [APS] no Brasil ainda é limitada, principalmente devido à formação insuficiente dos profissionais. A Estratégia Saúde da Família [ESF] também apresenta atuação restrita nesses cuidados, apesar de avanços recentes, como a aprovação de diretrizes pelo Conselho Federal de Medicina, que destacam a importância de incluir CPs na formação médica e nas políticas públicas. Além disso, a APS, enquanto coordenadora da rede de atenção, desempenha um papel fundamental na organização e implementação precoce dos CPs, facilitando a transição entre cuidados secundários, terciários e domiciliares, com a preparação dos cuidadores na transição entre os níveis de atenção à saúde (Ministério da Saúde, 2013; Ministério da Saúde, 2018; Ribeiro & Poles, 2019).

A atenção especializada em saúde é organizada em dois níveis interligados: o secundário e o terciário, que correspondem, respectivamente, à média e à alta complexidade.

Enquanto a atenção secundária inclui serviços especializados em hospitais e ambulatórios, exemplificada pelas Unidades de Pronto Atendimento [UPA], que atendem urgências e encaminham para cuidados mais especializados quando necessário. Já a atenção terciária abrange hospitais de grande porte e centros de referência, com tratamentos mais avançados, como oncológicos e transplantes. No entanto, na atenção à saúde, o psicólogo enfrenta desafios significativos para sua atuação, como estigmas sobre sua profissão e a compreensão limitada de sua atuação, dificultando a integração da saúde mental à atenção básica de forma integral, conforme o princípio do SUS de integralidade, e superando a cultura que rotula o doente mental (Spink & Matta, 2010; Conselho Federal de Psicologia, 2011; Ministério da Saúde, 2022).

Os CPs, necessitam de uma equipe multidisciplinar para cuidar dos pacientes e de suas famílias, que visa abordar as questões físicas, psicológicas, sociais, espirituais e práticas associadas à doença e a seu tratamento. Assim, integram o escopo de atuação da APS. A equipe interdisciplinar avalia e aborda aspectos psicológicos e psiquiátricos do cuidado com base nas melhores evidências disponíveis para maximizar o enfrentamento e a qualidade de vida do paciente e da família que recebem CPs (WHO, 2002; Oliveira, Cavalcante & Carvalho, 2019; Crepaldi, Schmidt, Noal, Bolze & Gabarra, 2020).

A abordagem multidisciplinar em CPs é necessária a fim de abranger todos os sintomas do paciente, necessitando de diferentes profissionais para um cuidado integral, humanitário, solidário e completo. Entre os profissionais, o psicólogo tem um papel fundamental, destacando-se o suporte emocional oferecido, a amenização do sofrimento, da ansiedade e da depressão frente à morte, e pode ter um papel de significativa importância, principalmente quando especializado nesta área do conhecimento. É necessário que ele adote, nesse contexto, uma perspectiva integral, individual e humanizada nos diversos estabelecimentos de atenção à saúde, uma vez que atua principalmente no acolhimento às famílias, construindo vínculo e confiança. Ele intervém com os familiares nos impactos durante o adoecimento, minimizando o sofrimento e buscando propiciar um ambiente confortável, com o desenvolvimento de formas de enfrentamento saudáveis. O enfrentamento da morte influencia em muitos fatores emocionais, devido a inúmeros agentes estressores, promovendo alterações cognitivas e/ou comportamentais que o indivíduo adota para gerir as demandas internas e externas. Essas estratégias têm como intuito principal reduzir o sofrimento e administrar agentes estressores (INCA, 2001; Bollaśéll et al., 2019; Greer, 2020; Milani, 2022; Miname & Leduc, 2022).

A Psicologia foi inserida recentemente no âmbito dos CPs no Brasil, seja no âmbito das políticas públicas ou privadas, na assistência, atuação interprofissional, através de mediação e fortalecimento do trabalho em equipe e de contribuição à implantação e implementação. Ao fazer parte da equipe de CPs o profissional da Psicologia gerencia, em conjunto com a equipe, a continuidade do cuidado do paciente e da família por meio de discussão de casos, de reuniões clínicas ou outras rotinas assistenciais. Nesse sentido, o psicólogo avalia as principais dimensões do sofrimento – físico, social, psicológico e espiritual; valida a expressão de espiritualidade e religiosidade na abordagem ao paciente e à família; avalia psicologicamente pacientes e familiares com instrumentos de avaliação psicológica – escalas, testes ou questionários – que norteiam e agregam ao processo de compreensão diagnóstica e planejamento terapêutico interprofissional; identifica as reações emocionais e sintomas adaptativos ou não; avalia o risco psicológico da unidade de cuidado (paciente, família e equipe), avalia os fatores de risco e proteção do paciente para adesão ao tratamento; apresenta competências para o favorecimento de expressão e elaboração comumente vivenciadas em doenças ameaçadoras da vida, sejam elas agudas e/ou crônicas. (Aceti, Teixeira & Braz, 2022).

Ao intervir no processo de luto deve instrumentalizar a equipe para estes cuidados. Além de identificar a presença de crises secundárias associadas a questões sociais, espirituais, econômicas, raciais, de gênero, dentre outras, deve favorecer a compreensão do paciente e/ou familiar sobre o diagnóstico e os sintomas advindos da doença e/ou tratamento, incentivando ao esclarecimento de dúvidas com a equipe de saúde. Na participação de reuniões familiares é possível construir objetivos de cuidados, também em conjunto com a equipe (Aceti, Teixeira & Braz, 2022).

Técnicas de manejo da psicologia na assistência ao familiar do paciente em fase terminal

A Teoria Cognitivo Comportamental [TCC] foi desenvolvida na década de 60 por Aaron Beck e possui como foco o tratamento de casos de depressão. É definida como uma psicoterapia breve, estruturada e voltada para o presente, que possibilita ao paciente a aprender novas estratégias funcionais a fim de modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais, por meio da aplicação de uma combinação de técnicas cognitivas e comportamentais (Beck, 2022).

Deve ser levado em consideração o *setting* terapêutico, que envolve a adaptação do

processo psicoterapêutico às particularidades do ambiente no qual paciente e familiares se encontram. Nesse ambiente, o psicólogo deve atuar de forma flexível e em colaboração com equipes multidisciplinares, ajustando as intervenções conforme a condição do paciente. O sigilo e o alívio do sofrimento psíquico são prioridades, assim como o suporte à família, que requer sensibilidade e agilidade para promover a saúde mental e a adaptação (Höfig & Zanetti, 2016; Narchi, Almeida, Castillo & Feres, 2019).

Há também um plano de ação para esses atendimentos, que envolve uma abordagem estruturada e prática para o tratamento psicológico, focando na identificação e modificação de pensamentos disfuncionais que influenciam negativamente as emoções e comportamentos dos pacientes. O psicólogo, em conjunto com o paciente, define objetivos claros e mensuráveis, desenvolve estratégias para enfrentar pensamentos automáticos negativos e promove a experimentação de novas formas de pensar e agir. Em alguns casos, esse processo é reforçado por tarefas de casa, que visam consolidar o aprendizado e a prática fora do ambiente terapêutico. O plano também inclui a revisão contínua do progresso, ajuste nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento a longo prazo, visando a manutenção dos ganhos terapêuticos após o término do tratamento (Beck, 2022).

A escuta interpretativa e o uso de técnicas como relaxamento, reestruturação cognitiva e regulação emocional são essenciais. Essas estratégias também podem ser aplicadas a pacientes críticos, que geralmente se encontram fragilizados e ansiosos. Contudo, os cuidadores, que dedicam grande parte do tempo ao cuidado do paciente, muitas vezes, precisam interromper o trabalho e não recebem apoio social suficiente. Os mais sobrecarregados apresentam maiores níveis de ansiedade, depressão e somatização, além de menor apoio prático e emocional. Cuidadores de famílias disfuncionais relataram menos apoio, e aqueles menos preparados para a perda demonstraram mais sintomas dissociativos (Delalibera, Goldemberg, Medeiros & Gomes, 2015).

É comum surgirem situações de crise em casos de adoecimento e fim da vida, impactando em mudanças na organização familiar, bem como nos papéis desempenhados pelos membros, levando a conflitos, perdas simbólicas e reais. O conflito consigo mesmo acarreta sentimentos complexos e dificuldades em agir neste contexto, pois o tema da morte, frequentemente desperta aspectos subjetivos difíceis de lidar muitas vezes, sendo necessário desmistificar o que é inegável e inevitável. Portanto, faz-se necessária muitas vezes mediação de conflitos, o que envolve também aceitação psicológica, *mindfulness*, entender valores individuais, vivenciar/considerar a emoção em tomadas de decisão, ativar a compaixão/autocompaixão (Espíndola et. al., 2018; Alves, Cunha & Melo, 2019; Da Costa,

De Carvalho & Nardi, 2023).

O processo de investigação até a confirmação do diagnóstico pode gerar emoções como medo e ansiedade, influenciadas pelas crenças e experiências de vida do paciente. Técnicas da TCC, como reestruturação cognitiva, relaxamento e *mindfulness*, têm se mostrado eficazes no manejo de sintomas de ansiedade, depressão e dor. O modelo cognitivo de Aaron Beck, que conecta pensamento, emoção e comportamento, tem sido amplamente utilizado no tratamento psicoterapêutico. Ele sugere que pensamentos distorcidos ou disfuncionais são uma característica presente em todos os transtornos psicológicos. Logo, ao promover uma avaliação mais realista e modificar esses pensamentos, ocorre uma melhora tanto no humor quanto no comportamento. Para que essa melhora seja duradoura, é necessário transformar as crenças disfuncionais fundamentais dos pacientes. A crença nuclear pode se caracterizar de três formas: sobre si, sobre o outro e sobre o mundo. Quando ativada, o indivíduo tende a interpretar de forma a selecionar situações que reforcem sua crença central, ignorando informações contrárias a essa crença (Andrade & Azevedo, 2018; Beck, 2022).

As intervenções de psicoeducação têm como propósito instruir e orientar tanto o paciente quanto os cuidadores, abordando diferentes temas e desafios aplicáveis a diversos ambientes. Nesse sentido, o foco é promover a educação em saúde, fornecendo informações que permitam uma visão mais ampla e integrada sobre o adoecimento. Essas ações envolvem o desenvolvimento social, emocional e comportamental, com o profissional desempenhando o papel de facilitador, apoiando o uso das habilidades já aprendidas e incentivando o surgimento de novas práticas (Lemes & Neto, 2017; Nogueira, Crisostomo, Souza & do Prado, 2017).

A psicoeducação deve envolver temáticas como avanço da doença e desdobramentos esperados em relação ao corpo, comportamento e rotinas da vida do paciente. Em paralelo, é recomendado favorecer a construção de significados sobre o processo de adoecimento e perdas associadas, assim como estratégias de enfrentamento adaptativas. Ao identificar a presença e qualidade de suporte social, é possível articular manejo com equipe interprofissional. Já a identificação de sintomas de estresse do cuidador, aponta para a necessidade de se trabalhar a importância do autocuidado e estratégias que minimizem esses sintomas (Aceti, Teixeira & Braz, 2022).

Além disso, a reestruturação cognitiva, como parte integrante da TCC, visa ajudar o paciente a identificar e modificar pensamentos automáticos desadaptativos. Esse processo inclui o uso de técnicas, como o questionamento socrático, registros de pensamentos e a identificação de pensamentos automáticos. Quando aplicadas em conjunto, essas ferramentas promovem uma maior tolerância a riscos, incertezas e à ansiedade. Assim, o uso dessas

técnicas deve ser orientado pela conceituação de caso e pelos dados coletados ao longo do tratamento (Wenzel, 2018; Beck, 2022).

Adicionalmente, outra técnica frequentemente utilizada é o relaxamento muscular de Jacobson, também conhecida como relaxamento progressivo, que envolve uma sequência de procedimentos que estimulam a redução da tensão em grupos musculares específicos. De maneira mais detalhada, pode-se afirmar que, por meio de um treinamento guiado, essa técnica permite ao indivíduo identificar as áreas tensionadas do corpo e realizar exercícios voltados para o relaxamento muscular e o alívio da tensão. Cabe destacar também que as técnicas de relaxamento, de modo geral, são consideradas um dos métodos mais simples e eficazes para a gestão do estresse. Essas técnicas visam reduzir a dor ou a percepção dela, diminuir a tensão, promover uma sensação agradável, reduzir a antecipação da ansiedade e atenuar a resposta ansiosa ao estresse. Além disso, elas estimulam as atividades parassimpáticas, melhoram a concentração, aumentam o sentimento de controle, revitalizam o corpo, promovem um sono de melhor qualidade, reduzem a frequência cardiorrespiratória, aprimoram o desempenho em atividades físicas e favorecem o relacionamento interpessoal (Elias, 2014; Teixeira, 2014).

Outrossim, o *mindfulness*, traduzido literalmente como "atenção plena", é uma técnica que traz o indivíduo ao momento presente, necessitando que ele mantenha a atenção de forma intencional na atividade que está realizando. Esse método pode ser compreendido como a capacidade de manter a atenção plena e a abertura à experiência, incluindo tanto fenômenos mentais internos quanto aspectos interferentes do mundo externo (Demarzo & Campayo, 2015; Briere, 2016).

Além das técnicas terapêuticas, o estabelecimento de vínculo com o paciente e sua família é essencial, pois possibilita e favorece o tratamento. Isso é alcançado por meio de uma escuta ética e qualificada, que envolve elementos como liberdade, confiança, compreensão, paciência, prontidão para ajudar e não julgamento. Da mesma forma, a privacidade e a confidencialidade são fundamentais nesse contexto, sendo esses princípios morais garantidos pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo, que determina o dever de respeitar o sigilo profissional para proteger a intimidade das pessoas, grupos ou organizações atendidas (Conselho Federal de Psicologia, 2005; Maynart, Albuquerque, Brêda & Jorge 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou evidenciar as contribuições da psicologia no contexto da assistência familiar em CPs, expondo técnicas e estratégias para ajudar os pacientes terminais

e suas famílias a lidarem com a terminalidade e o luto. Os CPs são caracterizados por oferecerem um suporte integral, trazendo uma série de desafios emocionais e psicológicos tanto para os doentes quanto para seus familiares, que, muitas vezes, desempenham um papel de cuidadores, enfrentando a dor, a perda e a incerteza. Ao longo deste estudo foi possível observar que a psicologia exerce um papel crucial ao oferecer apoio emocional, facilitando a comunicação entre paciente e família, ajudando na elaboração do luto antecipatório e promovendo estratégias de enfrentamento adequadas para cada situação. Através da intervenção psicológica, as famílias podem encontrar recursos internos e externos que as capacitem a lidar melhor com o processo de adoecimento e a terminalidade da vida, proporcionando, assim, ao mesmo tempo, maior bem-estar e qualidade de vida.

Destaca-se também a importância do trabalho multidisciplinar, no qual a psicologia atua de forma integrada com outras áreas da saúde. Essa colaboração é fundamental para garantir que as necessidades do paciente e de seus familiares sejam atendidas de maneira adequada, respeitando seus valores e desejos. Esse estudo aponta ainda para a necessidade de maior inserção de psicólogos capacitados em equipes de CPs, assim como a ampliação das discussões sobre saúde mental no contexto de doenças terminais durante a formação acadêmica e profissional. É de suma importância que a prática psicológica diante desse contexto seja pautada pelo acolhimento, escuta ativa e pela empatia, auxiliando as famílias a atravessarem esse momento delicado com o máximo de suporte possível.

Conclui-se que, apesar dos desafios e complexidades inerentes aos CPs, as intervenções psicológicas oferecem um alívio significativo ao sofrimento das famílias, promovendo resiliência e fortalecendo os vínculos afetivos durante essa jornada difícil e delicada. Este trabalho espera contribuir para a ampliação de discussões sobre o tema e incentivar a pesquisa contínua sobre a atuação da psicologia na assistência familiar e nos CPs, reforçando a importância do cuidado humanizado e integral.

REFERÊNCIAS

Abreu, A. & Júnior, A. (2018). Sobrecarga do cuidador familiar de paciente oncológico e a enfermagem. *Rev. Enferm. UFPE*, 12(4).

- Aceti, D., Teixeira, H. A., & Braz, M. S. (2022). *Recomendações de competências, habilidades e atitudes do psicólogo paliativista: Comitê de psicologia em cuidados paliativos*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Alves, R. S. F., Cunha, E. C. N., Santos, G. C., & Melo, M. O. (2019). Cuidados paliativos: Alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1–15.
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5ª ed., revisão de texto. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, A. M. R., & Azevedo, J. M. H. (2018). O impacto do diagnóstico oncológico: Contribuições da terapia cognitivo-comportamental. *Revista Científica HSI*, 2.
- Arantes, A. Q. (2019). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Editora Sextane.
- Areia, NP, Fonseca, G., Major, S., & Relvas, AP (2019). Morbidade psicológica em cuidadores familiares de pessoas vivendo com câncer terminal: Prevalência e preditores. *Palliative and Supportive Care*.
- Beck, J. S. (2022). *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática*. Artmed.
- Bollasél, L. T., Foschieira, L. N. N., Luft, C. Z., Crestani, P. L., Woinarovicz, B., Silva, L. F., & Silva, C. S. (2019). Caracterização de mães de crianças cardiopatas congênitas internadas em uma UTI pediátrica. *Psicologia Hospitalar*, 17(1).
- Briere, J. (2016). Mindfulness, insight e terapia do trauma. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Orgs.), *Mindfulness e psicoterapia*. Artmed.
- Burlá, C., & Py, L. (2014). Cuidados paliativos: Ciência e proteção ao fim da vida. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(6).
- Carvalho, R. T., Parsons, H. A., & Pineli, V. (2018). *Manual de cuidados paliativos ANCP* (2ª ed.). Associação Nacional de Cuidados Paliativos.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional dos Psicólogos, Resolução n.º 10/05*. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Senhoras e senhores gestores de saúde, como a psicologia pode contribuir para o avanço do SUS*. Brasília.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. (2008). *Cuidado Paliativo*. São Paulo.
- Costa, T. N. M., Caldato, M. C. F. & Furlaneto, I. P. (2019). Percepção de formandos de medicina sobre a terminalidade da vida. *Revista Bioética*, 27(4).
- Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. da S., Bolze, S. D. A., & Gabarra, L. M.. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 37.
- Da Costa, R. T., De Carvalho, M. R., & Nardi, A. E. (2023). Revisão sistemática sobre

resolução de problema e mediação de conflito pela terapia cognitivo-comportamental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 72(1), 63–71.

Delalibera, M., Goldemberg, R., Medeiros, A. L., & Gomes, A. O. (2015). Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: Revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2807-2816.

Demarzo, M., & Campayo, J. G. (2015). *Manual prático mindfulness: Curiosidade e aceitação*. Palas Athena.

Elias, M. T. M. N. C. (2014). As técnicas de relaxamento como instrumento terapêutico de enfermagem em pessoas com sofrimento mental. *Escola Superior de Enfermagem*.

Espíndola, A. V., Quintana, A. M., Farias, C. P., & München, M. A. B. (2018). Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 26(3).

Ferreira, J. M. G., Nascimento, J. L., & Sá, F. C. de., (2018). Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 42(3), 87–96.

Greer, J. A., Applebaum, A. J., Jacobsen, J. C., Temel, J. S., & Jackson, V. A. (2020). Understanding and addressing the role of coping in palliative care for patients with advanced cancer. *J Clinical Oncol.*, 38(9).

Gómez- Batiste, X. & Connor, S. (2017). *Building integrated palliative care programs and services*. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance.

Höfig, J. A. G., & Zanetti, S. A. S.. (2016). O setting suficientemente bom e o manejo clínico na psicoterapia infantil: relato de caso. *Estilos da Clínica*, 21(1), 45-62.

Instituto Nacional de Câncer [INCA]. (2001). *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*.

Kubler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar os médicos, enfermeiros, religiosos e seus próprios parentes*. Martins Fontes.

Lemes, C. A., & Neto, J. O.. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28.

Maynart, W. H. da C., Albuquerque, M. C. dos S. de, Brêda, M. Z., & Jorge, J. S. (2014). A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4).

Milani, L. B. (2022). *O papel do psicólogo nos cuidados paliativos no Brasil*. *Revista Brasileira de Terapias Psicológicas*, 16(1).

Miname, S. C. & Leduc, V. R. (2022). O impacto da assistência humanizada em pacientes com cuidados paliativos: Uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 5 (1).

Ministério da Saúde (2004). *APS: O que é e como funciona*.

Ministério da Saúde. (2010). *Portaria n.º 4.279, de 30 de Dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Brasília.

Ministério da Saúde. (2013). *Portaria n.º 963, de 27 de Maio de 2013*. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília.

Ministério da Saúde. (2018). *Resolução n.º 41, de 31 de Outubro de 2018*. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS. Brasília.

Ministério da Saúde. (2022). *Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo*. Brasília.

Ministério da Saúde. (2024). *Portaria GM/MS n.º 3.681, de 7 de maio de 2024*. Institui a Política de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS, por meio da alteração da Portaria de consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília.

Narchi, M. D., Almeida, T. M., Castillo, M. T. C., & Feres, F. (2019). A atuação do psicólogo na equipe multiprofissional em cuidados paliativos: relato de caso. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*.

Nogueira, C. A., Crisostomo, K. N., Souza, R. S., & do Prado, J. D. M. (2017). A importância da psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental: Uma revisão sistemática. *Higia: Revista de Ciências da Saúde do Oeste Baiano*, 2(1).

Nunes, L. K. V., & Diniz, D. M. (2023). O papel da psicologia no cuidado paliativo: Reflexões acerca do luto. *Revista de Psicologia e Saúde*, 9(1), 23.

Oliveira, D. S. A., Cavalcante, L. S. B., & Carvalho, L. T. (2019). Sentimentos de pacientes em cuidados paliativos sobre modificações corporais ocasionadas pelo câncer. *Psicologia: Ciência e Profissão*.

Pimenta, S. & Capelas, M. L. V. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde*, 11(1).

Ribeiro, J. R. & Poles, K. (2019). Cuidados paliativos: Prática dos médicos da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(3).

Rodrigues, L. F., Silva, J. F. M. da. & Cabrera, M. (2022). Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 38 (9).

Salgado, Y. C. de S. (Org.). (2019). *Cuidados paliativos [recurso eletrônico]: Procedimentos para melhores práticas*. Atena Editora.

Schenker, Y., Althouse, A. D., Rosenzweig, M., White, D. B., Chu, E., Smith, K. J., Resick, J. M., Belin, S., Park, S. Y., Smith, T. J., Bakitas, M. A., & Arnold, R. M. (2021). Effect of an oncology nurse-led primary palliative care intervention on patients with advanced cancer: The connect cluster randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 181(11), 1451-1460.

Shear, M. K. (2015). Complicated grief. *The New England Journal of Medicine*, 372 (2).

Silva, R. S. da., Pereira, Á., & Mussi, F. C.. (2015). Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. *Escola Anna Nery*, 19(1), 40–46.

Silva, A. C. de M., & Sei, M. B.. (2021). A humanização na formação acadêmica em saúde: perspectiva de egressos de um projeto de extensão. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(3), 3-18.

Spink, M. J. & Matta, G. C. (2010). A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. Spink, *A psicologia em diálogo com o SUS: Prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Teixeira, R. D. B. L. (2014). Plantas medicinais na APS: Nossos profissionais estão preparados? *Revista de APS*, 17(2).

Wenzel, A. (2018). *Inovações em terapia cognitivo-comportamental: Intervenções estratégicas para uma prática criativa*. Artmed.

World Health Organization. (2002). *WHO definition of palliative care*. Genebra.