

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR FOCADO EM CUIDADOS PALIATIVOS ROLE OF THE HOSPITAL PSYCHOLOGIST FOCUSED ON PALLIATIVE CARE

Hemilly Jhuli Teixeira Costa¹

Ana Tereza Dias Vasques²

RESUMO: O presente artigo propôs uma análise referente a atuação do psicólogo hospitalar tendo como o foco terapêutico os pacientes destinados aos cuidados paliativos. Sendo assim, são indicados a esse modelo de cuidado aqueles que possuem um diagnóstico que retrate uma doença crônica, podendo estar no fim da vida. Serão desmistificados alguns conceitos, sendo eles, eutanásia, distanásia e ortotanásia e de que forma o psicólogo poderá desenvolver estratégias terapêuticas para o manejo do paciente e familiares que acompanham o processo, buscando preservar o direito, autonomia, conforto e a integridade de todos. Por conseguinte, foi realizado uma revisão narrativa da literatura científica, sendo que, foi possível observar e identificar a necessidade de se ter estudos mais aprofundados e abrangentes, pois os materiais disponíveis não suprem o desejo de entendimento e não esclarecem uma atuação de forma diretiva voltado para as atividades do psicólogo em casos específicos, como a eutanásia, distanásia e ortotanásia.

PALAVRAS-CHAVE: cuidados paliativos; equipe multidisciplinar; psicologia hospitalar; luto; intervenções psicológicas.

ABSTRACT: The present article proposed an analysis regarding the role of the hospital psychologist, with a therapeutic focus on patients in palliative care. Thus, those with a diagnosis reflecting a chronic illness, possibly nearing the end of life, are recommended for this care model. Some concepts will be demystified, including euthanasia, dysthanasia, and orthothanasia, and the article explores how psychologists can develop therapeutic strategies for managing patients and their families throughout the process, aiming to preserve rights, autonomy, comfort, and the integrity of all involved. Consequently, a narrative literature review was conducted, revealing the need for more in-depth and comprehensive studies, as existing materials do not fully reach the desire for understanding and do not clarify the psychologist's directive role in specific cases such as euthanasia, dysthanasia, and orthothanasia.

KEYWORDS: palliative care; multidisciplinary work; hospital psychology; grief; psychological interventions.

¹ Psicóloga graduada pelo Centro Universitário Alfredo Nasser. Contato: hemilly.jhuli100@gmail.com

² Mestre em Psicologia. Graduada em Psicologia. Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Alfredo Nasser. Contato: anateresa@unifan.edu.br

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2020) e publicações feitas pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), cerca de 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos a cada ano, mas apenas 14% delas recebem esse tipo de assistência. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, em 2020, mais de 41 mil pacientes receberam cuidados paliativos em hospitais e outros centros de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

É possível analisar que a medicina trata os pacientes através de uma visão focada na cura e recuperação, utilizando das mais recentes inovações tecnológicas e métodos invasivos. Dentro desse contexto, fica evidente que através de toda a modernização e estudos focados na resolução de doenças que ameaçam a existência do ser humano, foi possível desenvolver métodos de ação que as transformassem em doenças crônicas, o que possibilitou o prolongamento da vida, mantendo adequadamente processos de cuidados contínuos, mas que não levam a cura (Matsumoto, 2012).

Com a atenção médica voltada para o quesito doença, tratamento e cura, o sofrimento mental do paciente é posto de lado. Quando essa equipe médica trabalha utilizando da assistência multidisciplinar, os profissionais da saúde mental entram em ação, desenvolvendo um processo de assistência fundamental, uma vez que os pacientes tendem a apresentar sintomas de ansiedade, depressão e sofrimento emocional intenso. O objetivo é proporcionar uma assistência, visando à promoção do conforto e da qualidade de vida dessas pessoas, guiando a adaptação à nova realidade. Essa assistência trata o paciente como um todo, considerando os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais (Martins *et al.*, 2022).

Quando se fala sobre cuidados paliativos, conseqüentemente entra-se em questões sobre a finitude de cada ser. Desta forma, fica evidente a importância de falar sobre o processo do luto que poderá acompanhar esse sujeito. É importante destrinchar os estágios do luto aos quais todos estão expostos diante das perdas, sejam elas temporárias ou permanentes. Estar ciente sobre tal fato possibilita a identificação de cada etapa, para que seja possível criar novos caminhos. Outro fator importante refere-se a dar voz aos pensamentos, sentimentos e reflexões destes pacientes, para que as pessoas ao seu redor compartilhem do processo e o

mantenham como protagonista de toda a sua história vivida, não somente como um coadjuvante de sua morte (Porto; Lustosa, 2010).

O presente artigo justifica-se pela necessidade de disseminar informações dentre as possibilidades de cuidados diante de uma patologia sem perspectiva de cura, conceitualizando o que são os cuidados paliativos, onde e como esses cuidados podem ser oferecidos e quem são os profissionais que podem compor a equipe multidisciplinar. A psicologia busca trabalhar com esses pacientes as questões de finitude, tratando a morte como um processo natural, buscando possibilidades de ressignificação do momento vivido.

O objetivo é esclarecer sobre intervenções estratégicas e terapêuticas desenvolvidas pelos profissionais atuantes dentro da equipe multidisciplinar, analisando os desafios que essa equipe pode enfrentar, para que o paciente tenha um tratamento efetivo e possa ter autonomia, considerando a melhora efetiva na qualidade de vida.

Este estudo propõe-se a analisar a evolução do conceito de cuidados paliativos, juntamente com suas variantes específicas: eutanásia, distanásia e ortotanásia. Adicionalmente visa investigar os métodos pelos quais essas práticas podem ser executadas, com o intuito de fomentar a autonomia e ampliar a voz do paciente em sua plenitude.

2. METODOLOGIA

Foi realizado uma revisão narrativa de literatura científica na base de dados eletrônicos: Portal da Capes (Gerido pelo ministério da educação), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico (Motor de busca para artigos acadêmicos), no período de 2010 a 2023 em língua portuguesa.

Desta forma, sobre a revisão narrativa, podemos afirmar que:

Não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações. Não aplica estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. É adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos (Mattos, 2015, p. 03).

Por conseguinte, dentre as pesquisas realizadas serão estabelecidas uma problematização de questões voltadas para a temática do artigo, onde fica aberto a aparição de novas perspectivas baseando-se em obras anteriores, para interpretação do assunto e resolução da problematização aqui já especificado (Mattos, 2015).

Será feito uma sistematização histórica e conceitual, utilizando artigos que abordem o contexto de atuação do psicólogo na prática de cuidados paliativos, incluindo a percepção e cuidado da equipe multidisciplinar, na modalidade de coleta de dados e análise de dados. Serão utilizados como descritores: Cuidados Paliativos; Equipe Multidisciplinar; Psicologia Hospitalar; Luto; Intervenções Psicológicas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DEFINIÇÕES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo Chaves *et al.* (2011), a palavra paliativo teve sua ascendência no vocabulário latino de *pallium*, que significa manta ou cobertor, um sinônimo de proteção e cuidado, para aqueles que necessitam de tal atenção. Esse cuidado não visa a cura, mas valoriza todas as dimensões do ser humano, abrangendo até as suas crenças espirituais, baseando-se na bioética.

Dentro de um contexto histórico o termo cuidado paliativo é confundido com *hospice*. Nas eras medievais, o que remota ao século V, existiam instituições que abrigavam e cuidavam de peregrinos e viajantes, vinculadas as organizações religiosas. No século XVII, deram início a criação de instituições de caridade, com a intenção de abrigar pessoas doentes, órfãos e pobres da comunidade. No século XIX essas instituições passaram a ter particularidades de hospitais, devido aos atendimentos e quantidades de pessoas que frequentavam (Matsumoto, 2012).

Em virtude das inúmeras instituições de caridade que foram criadas, surgiu o Movimento Hospice Moderno, incorporado por Cicely Saunders. Cicely graduou-se como enfermeira, assistente social e logo mais como médica, ela foi a fundadora do *St. Christopher's Hospice*, considerado o mais antigo hospital de cuidados paliativos da Inglaterra. Os *hospices* desse novo movimento se diferenciavam dos mencionados no século V, devido às características marcantes de receber apenas pessoas que estavam no fim da vida (Floriani *et al.*, 2010).

Os cuidados paliativos tiveram seu início no Brasil na década de 1980. No ano de 1990 foi publicada a primeira definição desse termo, pela OMS, em 2002 esse termo foi revisado e redefinido:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (p. 01).

Desta forma, este cuidado se torna contínuo, para alívio e controle do sofrimento, físico, mental e social. Os benefícios desse método podem ser observados durante o tratamento, levando a uma melhor qualidade de vida e redução de sintomas, para que o paciente viva com dignidade. Este cuidado é disponibilizado desde o diagnóstico, mudando o conceito de não ter mais o que fazer pelo paciente para um olhar que busca promover o bem-estar e alívio do sofrimento, respeitando a autonomia e tratando a morte como um evento natural do percurso da vida humana (Matsumoto, 2012).

Em 1986, pensando na atuação da equipe multidisciplinar, a OMS publicou os princípios dos cuidados paliativos, que também foram solidificados na revisão de 2002:

(...) promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis, (...) afirmar a vida e considerar a morte como 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 o 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 a enfrentar o luto, (...) 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, (...) deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (Matsumoto, p. 26-29).

Para tais princípios, é importante validar o sujeito como herói de sua própria história, pois somente ele pode decidir, correlacionando aceitação com tomada de decisão para um tratamento adequado, como será seu processo de enfrentamento

lidando com cuidado paliativo, para a promoção de bem-estar e controle de sintomas (Maciel, 2012).

3.1.2 EUTANÁSIA, DISTANÁSIA, ORTOTANÁSIA

Quando se fala em cuidados paliativos e terminalidade é importante desmistificar alguns conceitos, sendo eles, eutanásia, distanásia e ortotanásia, pois é possível observar que algumas questões trazem dúvidas aos envolvidos, como seus significados e terminologias. Tais termos assemelham-se devido a sua origem grega, sendo que *thanatos* advém de morte.

Eutanásia, palavra desenvolvida por Frank Bacon no século XVII, sendo a “boa morte”. É uma forma de dar fim à vida e ao sofrimento físico e mental de pacientes com doenças terminais, também chamado de suicídio assistido. É feito de forma consensual e validando a lucidez dos envolvidos, porém consiste em uma prática totalmente proibida no direito brasileiro (Guimarães *et al.*, 2023).

A palavra distanásia é interpretada como o “afastamento da morte”, onde é feito o prolongamento da vida por meios artificiais, mesmo que os relatórios médicos demonstrem que não haverá uma melhora ou uma possibilidade de cura para os pacientes. A distanásia procura protrair a vida biológica através de tratamentos extraordinários, tendo o consentimento dos familiares, ainda que, em muitos casos seja o prolongamento do sofrimento e da morte eminente (Guimarães *et al.*, 2023).

Ortotanásia representa a “morte correta”. Desta forma, este termo diz sobre o processo natural da morte, onde a equipe multidisciplinar auxilia na redução de sintomas físicos e psíquicos do sujeito doente, através de medicações e acompanhamento psicológico, para que o mesmo possa experimentar um findar de vida digno e sem sofrimento (Guimarães *et al.*, 2023).

3.2 CONSCIÊNCIA DA FINITUDE E O LUTO

Foram evidenciadas duas formas de condução de questões relacionadas à saúde, ofertando o cuidado ou buscando incessantemente a cura. Ao ofertar o cuidado o paciente é considerado em primeiro plano e a doença deixa de ser o foco central, a morte é considerada e aceita como uma parte integrante da vida. Quando se busca a cura, essas práticas humanistas são desconsideradas, pois a doença torna-se o foco principal de todo o processo, a equipe médica passa a buscar

maneiras de driblar a morte e manter o paciente vivo, usando das tecnologias disponíveis (Barbi, 2011).

Com a evolução da medicina, o conceito de morte foi mudando. O que antes era considerado como um fato social, esperado, pensado e que seguia os rituais de acordo com cada crença, sendo enfrentada com dignidade, passou a ser negada durante a vida. Atualmente, a morte pode ser vista como uma forma de fracasso, sendo triste e desumana, podendo ocorrer em ambientes isolados e solitários, dentro de hospitais, sendo viável para o paciente e seu médico tentar manter um controle para adiar a morte, o que pode vir a tornar o sofrimento vergonhoso (Barbi, 2011).

Segundo Basso e Wainer (2011, p. 2), “Ariès, enfatiza que a sociedade impossibilita a expressão da dor por morte, então ela passa a ser reprimida, escondida, solitária”. Desta forma, na atualidade a morte é tratada como um tabu. A finitude é ignorada, pois demonstra a fragilidade e vulnerabilidade do ser humano perante o mundo, o que gera um inconformismo ante a possibilidade de perda.

De acordo com Dahdah *et al.* (2019), o luto precisa ser entendido através de um aspecto individual, pois cada pessoa lida de uma forma diferente, mesmo que a definição de morte esteja atrelada às crenças do grupo social do indivíduo. É através da resignificação da vida e objetivos, após a morte do ente querido, que o luto pode ser elaborado.

Para Porto e Lustosa (2010), culturalmente a doença passou a ser entendida como um castigo e punição, sendo a morte o findar de tudo, o que evidencia para o sujeito a sua mortalidade. Quando se fala em perda, traz à tona o rompimento de um vínculo afetivo, o que pode ser dito como a morte em vida, pois “uma parte de si é perdida” (p. 5).

Diante da perda, sendo ela de forma repentina ou esperada é perceptível as desorganizações das funções neurológicas no momento do luto (Basso; Wainer, 2011).

Dentre as dificuldades citadas, é importante apontar o quão difícil se torna a aceitação, a fase de readaptação em preencher o vazio que a pessoa querida deixou. A elaboração de outras perdas anteriores e as crenças relativas à morte também podem ser fatores que interferem no luto. Para a efetivação do luto, Elizabeth Kübler-Ross, referência no assunto, propôs cinco estágios: a negação e o

isolamento, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação (Basso; Wainer, 2011, p. 4).

Sendo assim, a negação e o isolamento fariam parte do primeiro estágio, logo, estes ocorrem como uma forma de defesa e proteção temporária, devido ao impacto emocional, para que o sujeito tenha um tempo hábil para processar todas as informações recebidas sobre a perda do ente querido (Netto, 2015).

O segundo estágio se daria pelo sentimento de raiva, sendo que o sujeito começa a externalizar isso, de forma a experienciar o sentimento de impotência por não poder ter feito nada, ou achar que poderia ter mudado alguma coisa. Essa raiva pode ser direcionada para outras pessoas ou para si mesmo (Basso; Wainer, 2011).

No terceiro estágio, a barganha, seria o desejo intenso do sujeito de reverter ou adiar a dor que está sentindo devido à perda ou a busca por alívio de todos os sentimentos, podendo ser feitos acordos e promessas com as figuras de poder, segundo as crenças de cada indivíduo (Netto, 2015).

A depressão faz parte do quarto estágio, porém é feito um apontamento sobre a importância de não ser compreendido como um estado patológico, pois é uma resposta devido à realidade da perda sendo integralmente sentida, podendo afetar o sono, o apetite e a concentração (Basso; Wainer, 2011).

O último estágio desse processo de luto seria a aceitação. Trata-se da capacidade do sujeito de aprender a viver com a falta do ente querido, se adaptando à nova realidade e dando novos significados para os sentimentos. Esse estágio não significa dizer que o sujeito já superou a morte e toda a dor que acompanha, mas que está buscando novas formas de seguir em frente (Netto, 2015).

Diante de uma perda significativa, o luto se torna um processo inevitável. São experienciados vários sentimentos que podem mudar o funcionamento emocional e comportamental do sujeito. Torna-se importante ressaltar que o processo do luto não tem como obrigatoriedade passar pela sequência de todos os estágios, pois da mesma forma que cada sujeito tem a sua subjetividade o sofrimento também é subjetivo.

3.3 ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Segundo o Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012), a equipe multidisciplinar pode ser composta por médico,

enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente espiritual e dentista. Dentre as diferentes áreas de atuação aqui citadas, a boa comunicação é considerada a chave para o sucesso de todo o tratamento desenvolvido.

É possível afirmar que:

O reconhecimento de que o cuidado adequado requer o entendimento do homem como ser integral, cujas demandas são diferenciadas, específicas, e que podem e devem ser abordadas conjuntamente, oferece às diferentes áreas do conhecimento a oportunidade e a necessidade de se perceberem incompletas. A percepção das necessidades múltiplas do indivíduo em Cuidados Paliativos e a certeza de que somente uma área não oferecerá respostas necessárias fazem crescer e se consolidar a busca inegável por um trabalho efetivamente em equipe interdisciplinar (Andrade, 2012, p. 341).

É imprescindível que cada profissional atuante entenda e valorize a contribuição que a equipe multidisciplinar pode oferecer. É fundamental compreender que cada profissional aborda o sofrimento por um ponto de vista dentro de seus conhecimentos, com o foco da atuação voltado para o tratamento do sujeito doente, a fim de garantir seu bem-estar. Essa assistência pode acontecer não somente dentro da área hospitalar, mas pode ser disponibilizada em hospedarias ou feita conforme uma visita domiciliar (Nunes, 2012).

Visando a atuação da equipe médica paliativista, estes são responsáveis por realizar o diagnóstico do paciente, estudar e conhecer a doença e os tratamentos disponíveis, saber sobre o quadro evolutivo e propor tratamentos que sejam compatíveis com a realidade do paciente, para garantir o alívio dos sintomas. É de responsabilidade médica manter a comunicação sobre o diagnóstico e prognóstico com o paciente, com os familiares e com toda a equipe multidisciplinar, focando no conforto, na qualidade de vida e dignidade do paciente (Consolim, 2012).

Os enfermeiros trabalham com o cuidado direto e indireto, prestando assistência para manter a qualidade de vida dos pacientes. São responsáveis pelo controle e amenização da dor, domínio da técnica de hipodermóclise (administração de fluidos e administração de medicamentos por via subcutânea), todos os tipos de curativos que se farão necessários e cuidados ligados à higiene do paciente, garantindo o conforto e bem-estar do mesmo. O enfermeiro coordena o cuidado que foi desenvolvido, através de uma comunicação clara com os envolvidos, verificando

os sinais e sintomas, para contribuição dentre as orientações clínicas (Firmino, 2012).

Os assistentes sociais lidam diretamente com o paciente, seus familiares e com toda a rede de suporte, sendo a organização disponibilizadora dos serviços até os integrantes da equipe multidisciplinar. É feito uma busca para traçar um perfil socioeconômico (composição familiar, local de moradia, renda, religião, formação, profissão e situação empregatícia), para reconhecimento da real família do paciente. Conhecer as questões financeiras e emocionais do grupo familiar auxilia para o entendimento de seus limites e possibilidades de cuidado. O assistente social disponibiliza e orienta os familiares sobre questões legais e burocráticas, garantindo o direito de um atendimento preciso e focal para cada paciente (Andrade, 2012).

Os nutricionistas são necessários durante a alimentação de um paciente em cuidado paliativo, pois essa nutrição tem um papel preventivo com o intuito de reduzir os efeitos que podem ser provocados devido aos tratamentos, protelando a síndrome anorexia-caquexia (perda de tecido adiposo e músculo ósseo), a desidratação, as náuseas, vômitos, saciedade precoce, entre outros sintomas. A nutrição desses pacientes está relacionada como uma forma de oferecimento de independência para o aumento da autoestima, visando o bem-estar. Deve ser feita considerando o prognóstico, juntamente com os riscos e benefícios, apresentados para o paciente e seus familiares, coincidindo com a vontade dos mesmos (Fernandes, 2012).

Os fisioterapeutas desenvolvem processos de intervenção dentro das necessidades de cada paciente, proporcionando alívio de sintomas estressantes, alívio da dor e da ansiedade, através de técnicas como termoterapia (frio e calor), massoterapia, exercícios e mobilização, cinesioterapia respiratória, entre outras técnicas. Após uma avaliação da necessidade de cada paciente, é desenvolvido um plano de tratamento específico, com o objetivo de promover a melhora na qualidade de vida, reduzindo os sintomas dos tratamentos medicamentosos (Sera *et al.*, 2012).

A presença do fonoaudiólogo está correlacionada com à prevenção da disfagia (dificuldade de levar o bolo alimentar da boca até o estômago), odinofagia (sensação de dor ao engolir alimentos), desidratação, dentre outras alterações que podem estar ligadas ao tratamento do paciente. A intenção é manter a alimentação por via oral, utilizando de manobras adequadas para a alimentação autônoma.

Quando se faz necessário, e torna-se inviável a alimentação via oral, pode ser utilizado a sonda nasoenteral (passagem da sonda através das fossas nasais), gastrostomia (uma sonda inserida no estômago) ou jejunostomia (sonda flexível de alimentação inserida diretamente no intestino delgado). Todo o procedimento estabelecido está correlacionado com a capacidade de manter o paciente confortável em todos os estágios da doença, sempre com o intuito de respeitar os desejos do paciente, familiares e manter o conforto durante o processo de morte (Pinto, 2012).

O terapeuta ocupacional desenvolve as atividades baseado na perspectiva de que, mesmo o paciente em condições limitantes à vida não pode perder o sentido, podendo usar de atividades lúdicas e artísticas, manuais e de autocuidado. Desta forma, compreende as atividades como estímulos positivos, com a criação de possibilidades de comunicação, expressão e ampliação da criatividade. Nos momentos finais da vida, as atividades são trocadas, reduzindo o estímulo com o objetivo de propiciar conforto, podendo usar de leituras e músicas. Como fator importante, a escuta ativa e acolhimento disponibilizado aos familiares está presente em todo o processo terapêutico do paciente, para que estes tenham apoio na despedida. É realizado também um acompanhamento pós-óbito, ressaltando ainda mais a importância do cuidado (Othero, 2012).

O assistente espiritual trata a morte como um processo natural que precisa seguir o seu percurso. Respeitando a fé e dogmas de cada paciente, são propostas reflexões sobre o perdão, vida eterna e propósitos de vida. Como resultado, este sujeito consegue expressar seus sentimentos de pertencimento e ir ao encontro das suas crenças religiosas, por estas serem acolhidas e respeitadas. O acompanhamento espiritual também servirá para os familiares, pois isso gera uma segurança e conforto no momento de luto (Aitken, 2012).

O dentista atua de forma a cuidar das necessidades que surgem, tanto para o mantimento do bem-estar como para o manejo de doenças infecciosas, mantendo a higienização bucal, para que sejam evitadas cáries, doenças periodontais, gengivite, afta, entre outras. Torna-se necessário o cuidado contínuo para garantir o conforto do paciente e uma boa saúde bucal, dentro das possibilidades (Siqueira, 2012).

Os psicólogos atuam expandindo o conceito de dor total para sintomas totais, pois além da dor física os aspectos psicológicos estão presentes, gerando

depressão, ansiedade, distúrbio do sono, irritabilidade, perda do apetite, entre outros sintomas. O atendimento está relacionado com a escuta ativa, respeitando a subjetividade do paciente e objetivando uma resignificação da autoimagem. Outro aspecto que pode beneficiar esse atendimento é a atuação voltada aos familiares, para que estes falem de forma livre com o paciente sobre sua condição de saúde, favorecendo o processo de aceitação, elaboração do adoecimento e todo o processo que o acompanha, sendo o processo de morte e luto (Nunes, 2012).

3.4 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO DIANTE DE UMA PATOLOGIA SEM PERSPECTIVA DE CURA

Segundo Vieira *et al.* (2021), ao tratar um paciente com doença crônica ou em cuidados paliativos, o psicólogo precisará estar atendo à comunicação estabelecida entre paciente, família e equipe multidisciplinar, buscando compreender os fatores emocionais presentes. Esta comunicação diz respeito à capacidade do paciente de se reorganizar, expressando suas vontades, desejos e sentimentos.

Ao estabelecer um modelo de comunicação efetiva para que haja uma troca entre os envolvidos, fica evidente uma concordância por parte do paciente ao tratamento que foi proposto, pois, o paciente poderá reconhecer que durante o processo de morte, também chamado de morte anunciada, ele necessitará de alguém presente, sendo assim, para que o profissional possa ouvir suas dúvidas, angústias, medos, arrependimentos e esperanças, sem que o mesmo sinta-se julgado ou desvalorizado, mas sim compreendido e respeitado, dando um novo significado à vida e à morte (Porto; Lustosa, 2010).

O psicólogo precisará estar preparado para ouvir a voz e o silêncio do paciente, desenvolvendo um panorama amplo de como o sujeito poderá resignificar o momento vivido. O profissional busca evidenciar este ser cheio de angústias e medos, reconfortando-o durante o processo de cuidar, como uma forma de enfrentamento e aceitação da finitude (Porto; Lustosa, 2010).

Se torna importante estabelecer uma relação de confiança com o paciente, a qual compreende um acolhimento humanizado. Respeitar a subjetividade do sujeito e suas crenças possibilita uma nova visão sobre o sentido da vida, considerando o que ela representou e possa vir a representar, durante cada momento em que o sujeito estiver passando pelo processo de morte (Lucena, 2019).

Quando se fala em processo de morte é importante pensar em preservar a dignidade e conforto de todos os envolvidos. Por conseguinte, é possível afirmar que:

Para essa fase do atendimento psicológico, são indicados: o ensino de novas habilidades de controle e manejo da dor e do estresse, o treinamento de familiares para ajudar o paciente a expressar suas necessidades e pensamentos, a motivação dos familiares no cuidado progressivo que favorece o processo de luto, o aumento de atividades agradáveis e apoio comunitário que favoreçam os cuidados domiciliares, buscando tornar o processo de morte o mais confortável possível (Lucena, 2019, p. 19).

Empregando bem as técnicas e estratégias elaboradas para o tratamento do paciente, a adesão ao cuidado poderá ter eficácia, o que favorece toda a dinâmica de trabalho da equipe multidisciplinar. Quando não somente a dor física é tratada, mas também a dor emocional e os conflitos existenciais, os pacientes sentem o acolhimento, o cuidado e a compreensão de todos a sua volta (Silva; Araújo, 2012).

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Segundo Kurogi *et al.* (2022), dentre estudos e pesquisas estabelecidas no contexto de cuidados paliativos, fica evidente a necessidade de criar e ampliar os serviços existentes nos sistemas de saúde gerais do Brasil.

De acordo com as estimativas mundiais, para cada 1 milhão de habitantes, pressupõe-se que 1.000 pessoas necessitam de cuidados paliativos por ano. Assim, o Brasil, com cerca de 211 milhões de habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), necessitaria projetar uma estrutura para atender por volta de 211 mil pacientes por ano, entretanto menos de 10% dos hospitais brasileiros têm equipes de cuidados paliativos, serviço crucial para pacientes sem perspectiva de tratamento transformador da doença. Levantamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) apresenta apenas 177 serviços registrados nos 2.500 hospitais brasileiros com mais de 50 leitos (Kurogi *et al.*, 2022, p. 2-3).

Com o intuito de desenvolver estratégias de implantação de cuidados, foi possível definir etapas para o enfrentamento de obstáculos e favorecimento do trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar. O primeiro ponto seria disponibilizar treinamento e educação em cuidados paliativos para todos os profissionais, pois foi constatado a carência de centros especializados neste modo

de cuidado; buscar trabalhar o consenso entre as equipes multidisciplinares, para que todos entendam a necessidade de atuação de cada profissional e a importância de um trabalho em equipe, para o bem-estar do paciente; incentivar e concretizar a comunicação estruturada entre familiares, equipe multidisciplinar e paciente, para clareza e foco no tratamento (Kurogi *et al.*, 2022).

Referente a disponibilização de fármacos, no Brasil ainda é restrito o fornecimento de analgésicos (codeína, morfina e metadona), mas é necessário a disponibilização de opióides de acordo com a necessidade do tratamento, de forma rápida e contínua. Focando na parte governamental, fica evidente a falta de estratégias e apoio para esse modo de cuidado, fazendo com que o desenvolvimento e implantação de cuidados paliativos nos serviços de saúde seja desestruturado (Kurogi *et al.*, 2022).

Martins *et al.* (2022), realizou um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, em três UTIs de um hospital público, na cidade de Jequié no interior da Bahia, avaliando três categorias, sendo a estrutura, o processo e o resultado.

A primeira categoria, intitulada estrutura, remete-se às menções dos profissionais a respeito das características institucionais para que o cuidado ocorra, perpassando por compreensões que vão desde os aspectos organizacionais, como os recursos humanos, até os atributos físicos da instituição e as suas implicações para uma assistência qualificada, (...) a categoria denominada processo revela, nas narrativas apresentadas, fragilidades na operacionalização da assistência, desde a inexistência de protocolos que norteiam essa prática até a falha na comunicação entre a equipe, (...) à categoria intitulada resultado, esta se apresenta como o desenlace das categorias estrutura e processo, nas quais as lacunas observadas reverberaram em comprometimento na eficácia e efetividade da proposta terapêutica, refletindo na segurança e qualidade de vida do paciente (Martins *et al.*, 2022, p. 4-5).

A estrutura dentro da rede de atendimento precisa estar adequada às necessidades dos pacientes, mantendo um espaço físico que respeite a privacidade e o relacionamento familiar, para não impor um distanciamento entre os mesmos. Foi possível evidenciar que a formação dos profissionais é imprescindível, pois sem esse conhecimento e estabelecimento de protocolos dentro de cada área de atuação, as práticas do cuidado podem se tornar limitantes e uniprofissionais, o que pode vir a prejudicar tanto a atuação da equipe como a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Por conseguinte, o estudo descritivo salientou a

necessidade do estabelecimento de critérios para que a unidade de atendimento possa manter uma qualidade assistencial, propondo estratégias de ajustes, ao tratar pacientes designados aos cuidados paliativos em estágios avançados (Martins *et al.*, 2022).

Em um contexto de estratégias e intervenções psicológicas, foi possível observar o uso da técnica de psicoeducação, com o intuito de informar tanto o paciente como seus familiares sobre o processo de adoecimento, tratamento da doença, dor e seu controle, perspectiva de vida, reorganização de pensamentos e comportamentos. Isso visa sanar dúvidas e manter uma comunicação clara entre todos os envolvidos, para uma melhor adaptação ao tratamento (Oliveira *et al.*, 2023).

No âmbito das abordagens psicológicas, várias estão aptas a trabalhar com o processo de adoecimento, dentre elas a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Dentro da TCC algumas intervenções foram destacadas. Estas intervenções foram incluídas no tratamento de pacientes que estão em cuidados paliativos, auxiliando no processo para que o paciente aprenda a lidar com a dor. As intervenções incluem técnicas de treino assertivo, habilidade social, reestruturação cognitiva e técnicas para alívio de tensão e ansiedade (Castro; Barroso, 2012).

A Técnica de Treino Assertivo estimula o paciente a expressar seus sentimentos negativos ou positivos com domínio pessoal e a Técnica de Habilidade Social encoraja o paciente a participar (sempre que possível) de atividades sociais (passeio em shopping, ida a igrejas, aniversários de amigos, encontro de família) mesmo com suas limitações. A Reestruturação Cognitiva permite que o paciente identifique pensamentos que afetam seu humor e estado físico, permitindo a correção dos erros lógicos ou de conteúdo, assim como rever crenças disfuncionais acerca do seu adoecimento. As técnicas de aquisição de estratégias para alívio dos estados de tensão e ansiedade (técnicas de relaxamento, de distração e de imaginação dirigida, entre outras), podem ser ensinadas aos doentes e cuidadores para que estes as desenvolvam no domicílio (Castro; Barroso, 2012, p. 5).

Segundo Langaro (2017), como forma de intervenção, o psicólogo atuará como um mediador, independentemente de sua abordagem. Estabelecerá uma relação de confiança com o paciente e seus familiares, com o intuito de trabalhar a escuta ativa dos desejos implícitos, para que a família entenda e interprete o que o sujeito deseja. Nesta mediação, pode ser devolvida a autonomia do paciente,

preservando os desejos e escolhas diante dos cuidados paliativos, incluindo-o nas decisões terapêuticas e procurando mantê-lo como protagonista de sua própria história.

Para Pereira e Ribeiro (2019), o processo terapêutico auxilia na minimização de todo o sofrimento emocional, permitindo a identificação de possíveis traços e ocorrências de eventos relacionados ao transtorno de ansiedade e depressão. As intervenções psicológicas têm como objetivo facilitar a adaptação à nova realidade, trabalhando no enriquecimento dos vínculos afetivos, promovendo o bem-estar.

Existem diversas intervenções psicológicas que podem ser empregadas, a depender da abordagem utilizada em um processo terapêutico centrado em cuidados paliativos, uma vez que o profissional tem a capacidade de adaptá-las de acordo com as necessidades do paciente e quanto aos familiares envolvidos.

Segundo Schmidt *et al.* (2011):

Como estratégia de enfrentamento da doença, a religião também gera alívio ao sofrimento, oferece o conforto que toma o espaço da fatalidade. Isso se relaciona ao fato de que a explicação oferecida sobre a doença pelos sistemas religiosos se aproxima mais do contexto sociocultural dos pacientes do que aquelas explicações, muitas vezes de uma forma reducionista, oferecidas pela medicina. Em virtude disso, é importante que os profissionais da saúde – destacando-se dentre eles os psicólogos – levem em conta a religiosidade do sujeito enfermo ao planejar e executar suas intervenções, contribuindo para a manutenção de uma relação de respeito e confiança com essa clientela (p. 3).

Desta forma, é necessário respeitar as crenças do paciente e como ele interpreta a dor através de um viés religioso, pois dentro de um contexto sociocultural, a não validação dessas crenças pode interferir e refletir em todo o processo psicoterápico e a determinação de um vínculo terapêutico.

A atuação do psicólogo está pautada no Código de Ética, desenvolvido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP):

- I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CFP, 2005, p. 7).

Dentre alguns conceitos supracitados, sendo eles, eutanásia, distanásia e ortotanásia, a psicologia tem espaço de atuação, tornando-se necessário uma ampliação do conhecimento para que o profissional saiba desenvolver estratégias de enfrentamento para o manejo das demandas de seus pacientes, pautado no que rege o CFP.

Segundo Silva e Santos (2017), é necessário que o psicólogo saiba explicar tais conceitos sobreditos, mantendo uma postura de escuta ativa e reconhecendo os momentos de angústia e medo. O psicólogo não estará presente para julgar as decisões do paciente e sim para acolher e demonstrar apoio, sem tentar dissuadi-lo de suas vontades, mantendo um comportamento ético e profissional.

É imprescindível que o psicólogo esteja atento às demandas expostas pelo paciente e seus familiares, pois trata-se de questões complexas. Para Lima (2018):

O papel do psicólogo frente a eutanásia é de avaliar as condições psíquicas e emocionais do paciente e de orientar na elaboração do processo de luto. Independente de crenças, teorias e valores, o psicólogo precisa agir de forma neutra e imparcial, livre de qualquer julgamento (p. 16).

Considerando as questões relacionadas à distanásia e ortotanásia, fica evidente como os dois conceitos são opostos, pois um tem como objetivo prolongar o processo de morte e o outro foca no respeito à finitude de forma digna, sem prolongá-la ou abreviá-la (Pinheiro; Peres, 2023).

Para Melo *et al.* (2013):

Nesse contexto é possível perceber a relevância da psicologia com suas contribuições para a compreensão dos aspectos psíquicos do sofrimento humano diante de um quadro de doença que passe a ser tratado em CP ou da terminalidade em CP. Compreende-se, portanto, que a contribuição do profissional da psicologia ocorre em diversas atividades, e segundo Franco (2008) estas se dão a partir de saberes advindos de uma visão do fenômeno como pertencente ao campo da mente e das vivências e expressões da mesma, pelo corpo (p. 14).

Por conseguinte, o propósito do atendimento e das intervenções psicológicas é evidenciar para o paciente que ele pode partilhar seus sentimentos, pensamentos e angústias com o profissional frente à tomada de decisões de forma lúcida a respeito de todo o tratamento, tomando o foco central deste para si e não para a doença.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das questões expostas, foi possível constatar a necessidade de maiores estudos acerca da atuação do psicólogo frente aos cuidados paliativos, mais especificamente eutanásia, distanásia e ortotanásia. Os materiais disponíveis não atendem às demandas de conhecimento direcionado a essa área de atuação, o que dificulta a investigação da aplicação de práticas psicoterapêuticas.

Sabemos que o profissional atuante na área da psicologia pode desenvolver atividades focando em garantir o conforto do paciente, a assimilação de informações sobre o quadro clínico, a elaboração de um luto antecipatório e a aceitação da finitude, mesmo que sejam escassos os materiais referentes a tais conceitos supracitados. Se torna extremamente necessário ter uma base sólida que permita tais profissionais se especializarem em um modelo de atuação voltado para a eutanásia, distanásia e ortotanásia, possibilitando aos pacientes que sejam assistidos por profissionais preparados e capacitados.

O artigo fundamentou-se por meio de uma revisão narrativa da literatura científica, que observou a necessidade do desenvolvimento de cursos específicos direcionados para profissionais da área da saúde, com ênfase na psicologia, e inclusão de matérias em grades curriculares desta, no período da faculdade. Tais cursos poderiam abranger assuntos relacionados ao processo de morte, finitude, luto e intervenções voltadas para o tratamento após um diagnóstico de doença sem perspectiva de cura, além de incluir programas de atualização para profissionais já formados.

O objetivo destes cursos, então, seria preparar esses profissionais para que possam desenvolver habilidades de manejo que viabilizem a promoção da assistência para pacientes em cuidados paliativos, tratando a morte e a finitude do ser humano como uma parte da vida que precisa ser discutida, com o intuito de garantir o direito, autonomia do paciente e qualidade de vida, além de transmitir o conhecimento para uma nova geração de profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

CASTRO, M. M. C.; BARROSSO, C. L. **Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental nos cuidados paliativos**. Revista psicologia, diversidade e saúde, salvador, dez. 2012.

Código de ética profissional do psicólogo. Resolução cfp nº 10/2005.

CHAVES, J. H. B. *et al.* **Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético**. Rev Dor. São Paulo, 2011.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. **Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos**. História, ciências, saúde – Manguinhos, jul. 2010, p.165-180.

FREITAS, L. A. *et al.* **Cuidados paliativos: o que e para quem**. Triunfo - PE, omnis scientia, 2021.

GUIMARÃES, C. S. *et al.* **Mistanásia, ortotanásia, distanásia e eutanásia no brasil**. Revista saúde dos vales, 2023.

KUROGI, L. T. *et al.* **Implantação e implementação de serviços em cuidados paliativos**. Rev. Bioética, Brasília out./dez., 2022.

LANGARO, Fabíola. **“Salva o velho!”: relato de atendimento em psicologia hospitalar e cuidados paliativos**. Psicologia: ciência e profissão jan/mar. 2017.

LIMA, Tânia. **Eutanásia e sua relação com a psicologia hospitalar**. São Paulo, 2018.

LUCENA, Líllian Lisboa de. **Cuidados paliativos na terminalidade: revisão integrativa no campo da psicologia hospitalar**. João pessoa, 2019.

Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos, ampliado e atualizado 2º edição, 2012.

Psicologias em Movimento - v.4, n.2: Ago-Dez, 2024.

MARTINS, M. R. *et al.* **Assistência a pacientes elegíveis para cuidados paliativos: visão de profissionais de uma unidade de terapia intensiva.** Revista Escola de Enfermagem USP, 2022.

MELO, A. C. *et al.* **A intervenção psicológica em cuidados paliativos.** Psicologia, saúde e doenças, 2013.

OLIVEIRA, K. S. *et al.* **Cuidados paliativos e intervenções psicológicas em uma instituição pública hospitalar.** Revista psicologia, diversidade e saúde, 2023.

PINHEIRO, J. E.; PERES, G. A. **Ortotanásia e dignidade na finitude: relato de caso.** Presidente Prudente - SP, 2023.

SILVA, E. P. da.; SANTOS, G. B. **Eutanásia: aspectos históricos e a sua interface com a bioética.** Teófilo Otoni – MG, 2017.

SCHMIDT, B. *et al.* **Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência.** Florianópolis – SC, 2011.

MATTOS, Paulo de Carvalho. **Tipos de revisão de literatura.** Botucatu, 2015

PEREIRA, C. A.; RIBEIRO, J. F. S. **Cuidados paliativos: reflexões sobre a psicologia para pacientes e familiares.** Revista Mosaico, 2019 jul/dez.

PETERSEN, Elisabeth M. **Buscando novos sentidos à vida: musicoterapia em cuidados paliativos.** Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, abril / junho de 2012.

PORTO, G.; LUSTOSA, M. A. **Psicologia hospitalar e cuidados paliativos.** Rev. SBPH, Rio de Janeiro, Jun. 2010.