



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAMETRO
CURSO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

JÚLIA MARIA ISAIAS DE SOUSA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CUIDADOS PALIATIVOS E PSICOLOGIA

**FORTALEZA
2020**

JÚLIA MARIA ISAIAS DE SOUSA

**CUIDADOS PALIATIVOS E PSICOLOGIA: A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Psicologia do
Centro Universitário - Unifametro, como
requisito para obtenção do título de
Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Ms. Gardênia Holanda
Marques.

FORTALEZA

2020

S725c Sousa, Júlia Maria Isafas de.
Cuidados paliativos e psicologia: a atuação do psicólogo em cuidados paliativos. / Fortaleza, 2020.
33 f. ; 30 cm.

Monografia – Curso de graduação em Psicologia, Fortaleza 2020.
Orientação: Prof^a. Ms. Gardênia Holanda Marques.

1. Cuidados paliativos. 2. Psicologia. 3. Família. 4. Hospital . I. Título.

CDD 610.73698

JÚLIA MARIA ISAIAS DE SOUSA

CUIDADOS PALIATIVOS E PSICOLOGIA: A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Monografia apresentada como requisito para obtenção do grau de bacharel em Psicologia do Centro Universitário Fametro – Unifametro.

Orientador (a): Prof. MS. Gardênia Holanda Marques.

BANCA EXAMINADORA

Prof. M^a. Gardênia Holanda Marques.

Orientadora – Centro Universitário Fametro – Unifametro

Prof. Dra. Karla Corrêa de Miranda

Membro – Centro Universitário Fametro - Unifametro

Bel. Rebeca Vasconcelos Marques Campos

Psicóloga – EXTERNA

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, que sempre me manteve de pé durante a caminhada, segundo a minha família que sempre esteve do meu lado mesmo quando tudo parecia impossível.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer e dedicar esse trabalho as seguintes pessoas:

Minha mãe Fátima que sempre segurou na minha mão, nunca deixando eu desistir, mesmo quando as coisas pareciam impossíveis de darem certo.

Ao meu pai Carlos, que também sempre me apoiou em todos os momentos, e ao meu irmão Victo que mesmo longe sempre me incentivou.

As minhas amigas: Nara, que eu tive a sorte de poder contar desde os momentos bons até os ruins, a minha amiga Clara que sempre compartilhou comigo toda sua doçura, e a Layla que do jeitinho peculiar dela de ser também sempre demonstrou empatia comigo ao longo da caminhada.

Minha gratidão, ao meu grande amigo Plutarco que sempre me estendeu a mão, e sempre compreendeu meus momentos de estresses ao longo da construção desse trabalho.

E por último porém não menos importante a minha orientadora Gardênia que foi paciente e compreensiva durante todo o processo de produção da pesquisa e acreditou em mim quando nem eu mesmo acreditava.

*“O sofrimento só é intolerável quando
ninguém cuida.”*

(Cicely Saunders)

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar o papel do psicólogo no âmbito dos cuidados paliativos a partir do cenário hospitalar. Os cuidados paliativos são entendidos como princípios de prevenção e alívio do sofrimento direcionados a pacientes em condições clínicas que ameace a continuidade da vida. O método utilizado para a pesquisa foi revisão integrativa da literatura. Os critérios de inclusão foram: artigo científico com resumo, publicados na língua portuguesa, da área da psicologia e/ou enfermagem de um recorte temporal dos últimos dez anos. Na discussão dos resultados elencamos três categorias: Autonomia do paciente, O papel da Família e Processo de Finitude. Nossas considerações finais são a de que o psicólogo atua junto a equipe multidisciplinar em busca de uma melhoria da qualidade de vida do paciente, almejando amenizar o seu sofrimento, direcionando um olhar para o sujeito e não para a patologia. Bem como também tem o seu trabalho voltado para facilitar o relacionamento do paciente e família e equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Psicologia. Família. Hospital.

Abstract

This study aimed to analyze the role of the psychologist in the scope of palliative care from the hospital setting. Palliative care is understood as principles of prevention and relief of suffering directed to patients in clinical conditions that threaten the continuity of life. The method used for the research was an integrative literature review. The inclusion criteria were: scientific article with summary, published in Portuguese, from the area of psychology and / or nursing from a time frame of the last ten years. In the discussion of the results, we list three categories: Patient autonomy, The role of the Family and Process of Finitude. Our final considerations are that the psychologist works with the multidisciplinary team in search of improving the patient's quality of life, aiming to alleviate his suffering, directing a look at the subject and not towards the pathology. As well as its work is aimed at facilitating the relationship of the patient and family and multidisciplinary team.

Keywords: Palliative care. Psychology. Family. Hospital.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
METODOLOGIA	10
RESULTADOS.....	11
DISCUSSÃO	15
Autonomia do Paciente	15
O Papel da Família.....	19
Processo de Finitude	23
BIOÉTICA E CUIDADOS PALIATIVOS.....	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS	32

INTRODUÇÃO

Cuidados paliativos são princípios de prevenção e alívio do sofrimento, direcionados a pacientes em condições clínicas que ameace a continuidade da vida (DUARTE E COSTA, 2019). O “alívio do sofrimento” poderia ser considerado a palavra-chave em cuidados paliativos, pois para o sujeito enfermo já não existe a chance da cura, porém existe a chance de ser proporcionada uma melhor qualidade de vida, seja no leito de um hospital ou em sua residência.

É o que basicamente a Organização Mundial da Saúde (OMS), define em 1990 e revisa em 2002, a definição caracteriza-se por ações ativas e integrais prestadas a pacientes com doenças progressivas e irreversíveis, e familiares. Preconiza a prevenção e o alívio do sofrimento psíquico, físico, social e espiritual através de controle da dor e dos sintomas. Nesse sentido é direcionado a esse paciente um olhar holístico, ou seja, um olhar voltado para sua totalidade, não fragmentando esse sujeito em físico, psíquico ou social. O que pode ser justificado pelas inúmeras perdas que o paciente sofre como consequência do diagnóstico que recebe, visto que ele não perde só biologicamente, a mudança de vida surge nos diversos âmbitos.

A dor e o sofrimento precisam de prioridade na hierarquia do cuidado do sistema de saúde, sendo que o cuidado significa apoio a condição do outro, e constitui-se numa afirmação do interesse em seu bem estar e do compromisso de fazer o possível para amenizar a situação. Cuidar do outro é dar a ele “tempo”, atenção ou algo que possa contribuir para tornar a situação menos penosa e desumana. Em Psicologia, cuidados paliativos é uma modalidade na qual o psicólogo trabalha para facilitar a compreensão do paciente sobre sua atual condição de vida, procurando promover conforto para suas angústias e desta forma amenizar as dores emocionais, respeitando seu tempo diante da aceitação da finitude de sua vida (REZENDO, GOMES E MACHADO, 2014).

A partir disso, o interesse pela temática do presente trabalho deu-se por tentar compreender como a psicologia é capaz de contribuir nesse cenário de hospitalização frente ao paciente que está fora de qualquer perspectiva de cura, e como o psicólogo e o seu fazer são capazes de proporcionar ao mesmo um bem-

estar e uma melhor qualidade de vida frente a um processo que envolve tantas particularidades. A pesquisa tem como objetivo Geral: Analisar como a psicologia atua e contribui frente aos cuidados paliativos no contexto hospitalar. Objetivos específicos: 1) Analisar como acontece o trabalho do psicólogo em cuidados paliativos no contexto hospitalar e suas possíveis limitações; 2) Identificar como o psicólogo pode contribuir no processo de finitude junto ao paciente crônico; 3) Descrever como o psicólogo atua junto aos familiares de pacientes hospitalizados que estão sob cuidados paliativos. Portanto, esta pesquisa pode contribuir para refletirmos sobre o papel do psicólogo e sua relevância dentro da equipe de cuidados paliativos, além de possibilitar propostas futuras que almejem a humanização nesse contexto.

O presente trabalho dividiu-se em capítulos onde inicialmente temos uma análise e discussão dos artigos selecionados para a pesquisa, a partir da escolha de três categorias: 1) Autonomia do Paciente; 2) O papel da Família; 3) Processo de Finitude. O capítulo seguinte contém uma breve discussão sobre bioética, a partir da perspectiva dos cuidados paliativos no contexto hospitalar.

O método de pesquisa escolhido foi Revisão integrativa da literatura, a escolha deu-se por ser um método muito abrangente, pois conforme Souza, Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. É um método que também combina dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

A relevância deste estudo é analisar a importância do fazer do profissional psicólogo que atua em cuidados paliativos no cenário hospitalar, tendo em vista que o enfermo bem como a família vivenciam para além de sintomas físicos, demandas também psicológicas, sociais. Muitas vezes decorrentes do processo de hospitalização, são sujeitos que vão experienciando ao longo do processo de adoecimento: despersonalização, rupturas bruscas com suas rotinas, ausência de autonomia, entre outros, nos quais o psicólogo pode atuar juntamente de uma equipe multidisciplinar, contribuindo no bem estar e na qualidade de vida tanto do paciente, como dos envolvidos.

METODOLOGIA

O método utilizado pelo presente trabalho é o de revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa, pois fornece informações mais amplas sobre um determinado assunto/problema, constituindo assim, um corpo de conhecimento (Oliveira *et al* 2013). Para o levantamento dos artigos foram utilizadas duas bases de dados Scielo e Bireme.

O tema a ser trabalhado na pesquisa é cuidado paliativos e psicologia, especificamente voltado para o fazer do psicólogo dentro desse contexto, sendo assim a pergunta norteadora é: Qual o papel do psicólogo dentro dos cuidados paliativos no contexto hospitalar?

A coleta de dados ocorreu por meio de busca on-line para seleção das principais produções científicas nacionais através dos descritores “psicologia” “cuidados paliativos”, “família” “cuidado” “acolhimento”, para fazer cruzamento entre os termos foi utilizado o operador booleano “AND” a fim de refinar os artigos apropriados para responder à questão norteadora. As buscas foram realizadas nas bases de dados virtuais, ScientificElectronic Library On-line (SciELO) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME).

Os critérios de inclusão utilizados para a seleção do material foram: Estudos em formato de artigo científico com resumo, publicados na língua portuguesa, estudos da área da Psicologia e/ou Enfermagem, Publicações dos últimos dez anos. Os critérios de exclusão utilizados foram: Artigos repetidos, quando o material não contemplou o tema estudado em questão, texto incompleto, texto publicado em língua estrangeira, publicações acima de dez anos atrás, publicações de outras áreas da saúde que não fossem psicologia e enfermagem, Estudo em formatos de teses, dissertações, artigo sem resumo, carta.

RESULTADOS

Após a busca pela base de dados Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) a partir dos critérios citados acima, resultou em 1.255 artigos. Após a leitura dos títulos foram separados 308, após isso partiu-se para a leitura dos resumos onde foram selecionados 30 artigos. Depois da leitura dos resumos foram selecionados 7 para leitura na íntegra, sendo 5 escolhidos para serem inclusos na pesquisa.

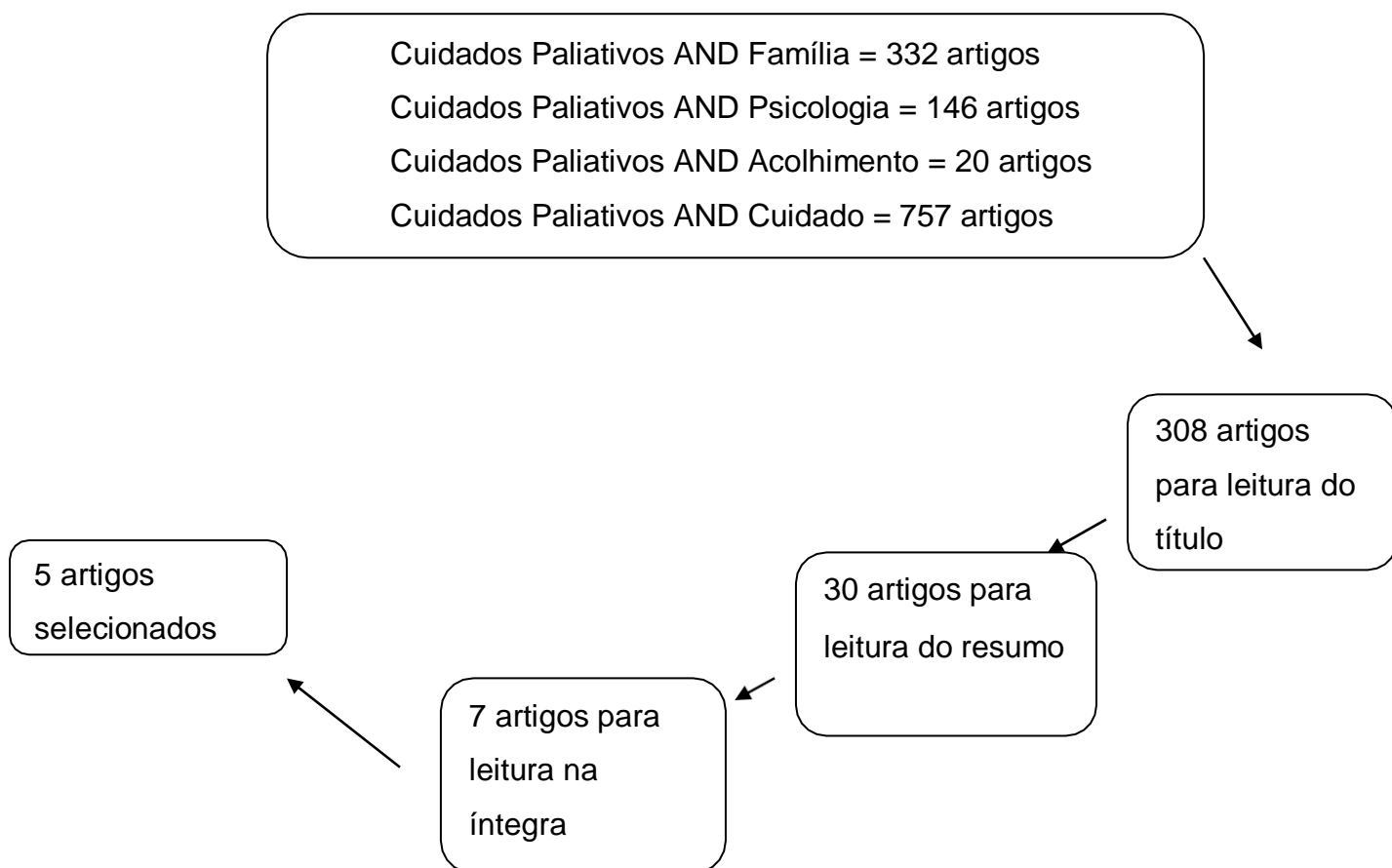


Figura 1- Fluxograma da seleção dos artigos encontrados na base de dados Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) com base nos critérios de inclusão e exclusão.

Após a busca pela base de dados ScientificElectronic Library On-line (SciELO) utilizando os mesmos critérios de inclusão e exclusão, encontramos 132 artigos. A partir da leitura dos títulos foram selecionados 50, em seguida a leitura dos resumos foram separados 23 artigos, sendo 18 separados para leitura na íntegra, onde foram escolhidos 07 foram escolhidos para serem incluídos na pesquisa.

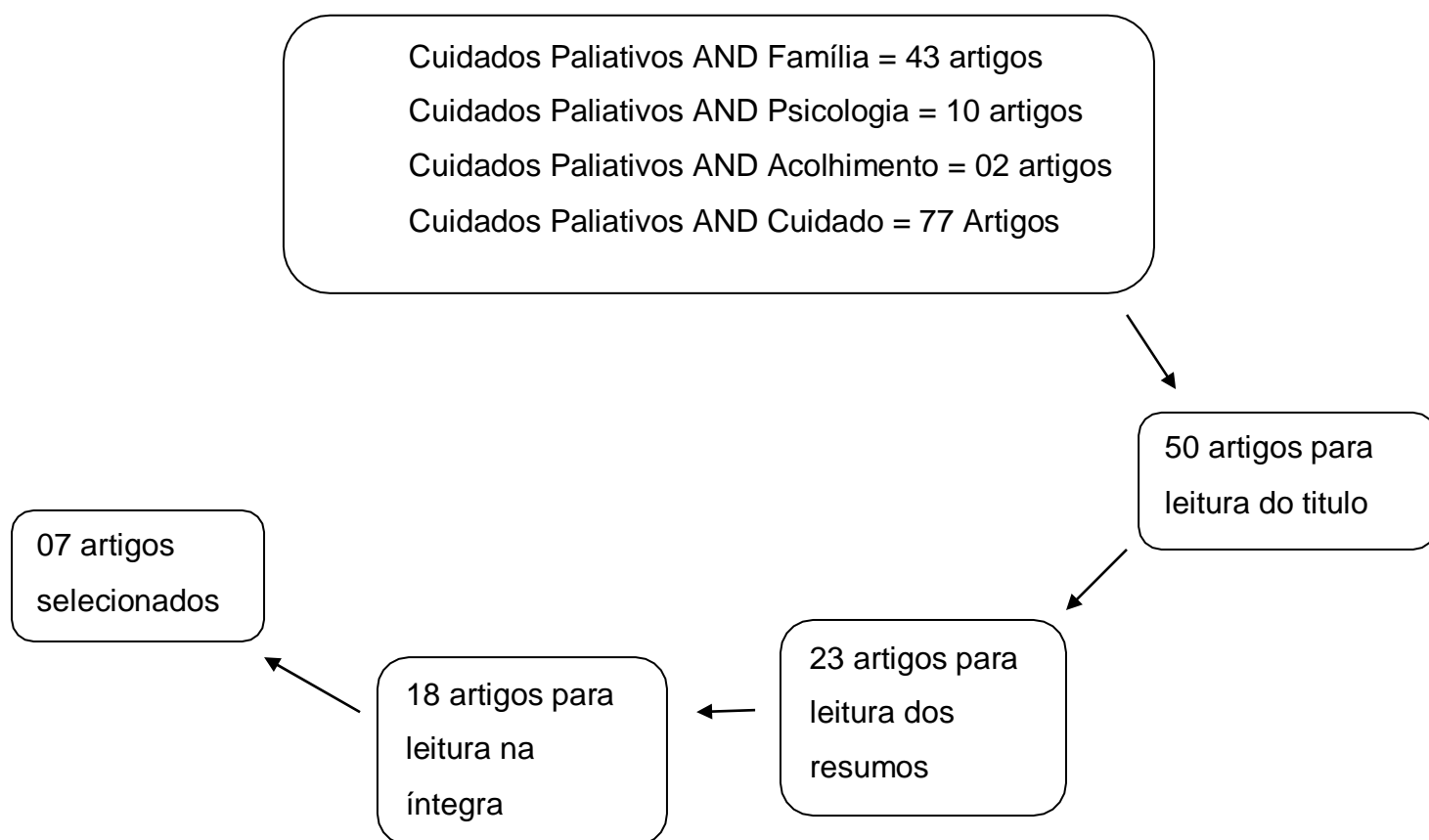


Figura 2- Fluxograma da seleção dos artigos encontrados na base de ScientificElectronic Library On-line (SciELO) com base nos critérios de inclusão e exclusão

Quadro- Artigos Seleccionados dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Título do artigo	Autor	Ano
A família como integrante da assistência em cuidado paliativo	Johnata da Cruz Matos e Moema da Silva Borges	2018
A atuação do Psicólogo com pacientes sob cuidados paliativos	Marllon Tadeo Wencelevski Yasmin Adlih Santana Milanski Fernanda Fagnani Soares	2015
A intervenção Psicológica em cuidados paliativos	Anne Cristine de Melo Fernanda Fernandes Valero Marina Menezes	2013
Cuidados paliativos na terminalidade: Revisão Integrativa no campo da psicologia hospitalar	Lilian Lisboa de Lucena; Jaqueline Brito Vidal Batista; Mariana de Sousa Dantas Rodrigues; Mayara Limeira Freire; Rejane Damaso de Araujo; Ana Aline Lacet Zaccara.	2020
Autonomia do paciente em cuidados paliativos e a intervenção do Psicólogo: Um olhar bioético	Ligia Rodrigues; Fabíola Luciene Cazeta; Fernanda Ligeiro	2015
Cuidados Paliativos: Alternativa para o cuidado essencial no fim da vida	Railda Sabino Fernandes Alves; Gabriella Cezar Santos; Elisabeth Cristina Nascimento Cunha; Myrian Oliveira Melo	2019
A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos	Laura Cristina Silva Rezende; Cristina Sansoni Gomes; Maria Eugênia da Costa Machado;	2014
O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer	Ana Paula de Queiroz Ferreira; Leany Queiroz Ferreira Lopes; Mônica Cristina Batista de Melo	2011
Psicologia Hospitalar e	Gláucia Porto e	2010

Cuidados Paliativos	Maria Alice Lustosa	
Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais em saúde	Hélida Ribeiro Hermes; Isabel Cristina Arruda Lamarca	2013
O suporte à família em cuidados paliativos	Carla Reigada; José Luis Paes Ribeiro; Anna Novellas; José Luis Pereira	2014
O cuidado paliativo e sua influência nas relações familiares	Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez; Thabata Contursi Cambraia; Flávia Renata Fratezi	2016

A partir da leitura na íntegra dos doze artigos refinados na pesquisa, construímos as seguintes categorias de análise: a) Autonomia do Paciente b) O papel da Família c) Processo de Finitude.

DISCUSSÃO

Autonomia do Paciente

Para esta categoria início com o recorte de uma crônica de Rubem Alves, que fala muito sobre o tema em questão:

Mas tenho medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavra para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza (RUBEM ALVES, 2003, tendências/debates, p. A3).

Rubem Alves (2003), no trecho de uma de suas crônicas, afirma que a morte pode vir acompanhada de muitas coisas inclusive a perda de autonomia pelo próprio corpo. Na verdade, a perda dessa autonomia engloba muitas outras vertentes advindas do processo de adoecimento experienciado pelo enfermo, que vai desde a institucionalização do sujeito até a tomada de decisões que envolvem seu plano terapêutico. Segundo Rodrigues, Cazeta e Ligeiro (2015), o respeito ao princípio de autonomia promove o entendimento, o diálogo e a confiança que permitem o paciente concordar sobre a realização de intervenções em seu corpo, propostas pelo profissional, almejando melhorá-lo ou curá-lo.

Contudo é possível perceber a partir da leitura dos textos escolhidos para análise dessa pesquisa que a autonomia desse paciente torna-se essencial não somente para ele enquanto sujeito, como também para o processo no qual ele perpassa em si, pois a tomada de decisão não abrange exclusivamente, se ele vai consentir ou não procedimentos invasivos em seu corpo. De acordo com, Rodrigues, Cazeta e Ligeiro (2015), abrange também outros aspectos tais como: por quais profissionais ele deseja ser cuidado e o local onde ele deseja permanecer para ser cuidado.

Afinal, ele tem o direito de ouvir outras opiniões técnicas sobre o seu caso para conhecer outros profissionais, bem como outros locais, exercendo assim de alguma maneira controle sobre sua vida. Fato que, isso pode ser muito significativo

para esse paciente, sentir ainda tem algum controle sobre sua vida, claro que sempre levando em conta aspectos de sua saúde, para que a mesma não seja prejudicada.

Porém, para que isso aconteça, é imprescindível que haja uma boa comunicação entre paciente e profissional de saúde, pois para que o paciente considere outras possibilidades (outros profissionais, outras opiniões, outras instituições ou outras opções de tratamento) ele precisa tomar conhecimento de tudo que está acontecendo, visto que, deve-se levar em conta, que esse paciente pode estar vindo de uma perspectiva de cura, que antes existia.

Rodrigues, Cazeta e Ligeiro (2015) confirmam, quando dizem que o profissional tem como obrigação fornecer ao paciente e a família a mais completa informação, no objetivo de proporcionar uma compreensão adequada do problema, discutindo com ele possibilidades diagnósticas e terapêuticas apropriadas e o ajudando na escolha daquela que lhe é mais benéfica.

É importante destacar que, de acordo com Rodrigues, Cazeta e Ligeiro (2015), uma das condições principais para considerar uma pessoa autônoma é ela possuir a capacidade para compreender, analisar uma situação e ter habilidade para escolher entre várias hipóteses, com o objetivo de decidir intencionalmente por uma das alternativas que lhe serão apresentadas, livre de qualquer influência para tomar essa decisão. A partir disso, é importante refletir na possibilidade do paciente não apresentar condições necessárias para exercer sua autonomia, por exemplo, um paciente que apresenta algum diagnóstico a nível cerebral, que pode ter afetado sua capacidade de julgamento tendo sua consciência comprometida bem como sua orientação, então nesse caso, é a família que assume esse papel de tomada de decisões, não havendo nada que lhe comprometa cognitivamente, o paciente é quem deve ter prioridade na tomada de decisões.

Falar de autonomia dentro do processo de hospitalização é levar em conta que o enfermo será atingido por um processo de despersonalização enquanto sujeito, pois o processo de institucionalização vem acompanhado de muitas renúncias. O enfermo passa a viver diariamente uma rotina que não é sua e nem a da sua casa, com horários certos para tudo independente da sua vontade. Naquele momento quem estipula o horário da refeição, do banho, da visita é a instituição, como bem diz Rodrigues, Cazeta e Ligeiro (2015), o está à disposição dos

funcionários, o rompimento com sua rotina pessoal, a perda de sua saúde física todo esse processo gera no paciente uma perda de identidade.

Conforme Rodrigues, Cazeta e Ligeiro (2015), o paciente sente-se invadido e manipulado, vivenciando a perda do direito de se posicionar diante do seu próprio tratamento. Na hospitalização o paciente perde sua singularidade e sente de forma brusca a ruptura do seu cotidiano, da mesma maneira que, percebe-se agredido pela rotina imposta por essa instituição, chamada hospital. Perante ao que o autor traz, fica muito evidente o fato da hospitalização por si só vir acompanhada de muitas perdas, inclusive a dignidade, pois o sujeito passa a ser apenas um corpo adoecido, corpo esse que sofre uma inevitável exposição ao apresentar-se vulnerável, enfermo, invadido e muitas vezes desrespeitado.

Rodrigues, Cazeta e Ligeiro (2015), confirmam esse raciocínio, quando dizem que os sentimentos de impotência e fragilidade, insegurança e dependência, decorrentes da patologia, ampliam a sensação de perda da autonomia, levando o paciente a considerar que na hospitalização tornam-se objetos de cuidado, conseqüentemente promovendo uma perda de identidade. Por isso, é possível perceber como os cuidados no âmbito hospitalar tornam-se mecanizados, uma vez que, o hospital passa a ser um lugar de cura e muitas vezes cura “a todo custo”, sem levar em consideração o sujeito em sua totalidade e sem que seja oferecido a esse paciente e sua família uma rede de apoio, que os ajude a perpassar por esse caminho árduo do processo de adoecimento.

Dessa maneira, é possível pensarmos o papel dos cuidados paliativos nesse contexto da hospitalização, porque todo esse cuidado mecanizado direcionado ao paciente, passa a ser um cuidado holístico, ou seja, que leva em conta o sujeito e sua singularidade, que não olha somente para a doença. Segundo Alves *et al*(2019), os cuidados paliativos valorizam a qualidade de vida dos enfermos e de suas famílias no enfrentamento dos problemas causados por patologias que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas que sejam de ordem física, psicossocial e espiritual.

Pensando nesse cenário de hospitalização, perda de identidade e autonomia vivenciado pelo paciente, é possível identificarmos como o paciente pode se sentir submisso, tanto fisicamente como subjetivamente, a partir disso, é necessário pensarmos em algumas propostas para tentar promover autonomia nesse paciente

hospitalizado, começando por coisas vistas como mínimas mas que podem fazer grande diferença, como: poder dar voz a esse paciente permitindo que ele se expresse de alguma maneira. Em conformidade com Rodrigues, Cazeta e Ligeiro (2015), o psicólogo pode promover junto ao paciente internado e com outros profissionais da equipe técnica, atividades específicas para demandas que surjam como opções de independência para o sujeito. Os autores relatam inclusive sobre pequenas ações como troca de curativo, onde o paciente vai sentir que está fazendo algo por si e nesse sentido o trabalho aconteceria em conjunto com a equipe de enfermagem, que contribuiria especialmente ao ensiná-lo.

A família que será mais a frente citada em caráter minucioso, também tem papel importante nesse resgate de autonomia, tendo em vista que a família vive esse processo de hospitalização junto com o paciente. No entanto, Lucena *et al* (2020), enfatiza que seja oferecido um bom suporte para essa família, sendo necessário, que eles compreendam o processo da doença em todas as fases, ou seja, é essencial que haja uma boa comunicação entre equipe de saúde e família para que a partir da compreensão da doença e suas fases, a família possa ter minimizado suas ansiedades, medos e estresses.

É importante frisar, que apesar de ocupar um lugar de extrema importância nesse processo junto ao paciente a família precisa ser acompanhada de perto, pois mesmo que inconscientemente, ela pode comprometer a perda da autonomia desse sujeito, desde o momento que se cria uma relação de dependência. Contudo, o desejo dos familiares de estar sempre perto pode fazer com que esse indivíduo entenda, que sempre tem alguém para fazer por ele (RODRIGUES, CAZETA E LIGEIRO, 2015), isto é, por que se esforçar em tentar trocar o meu curativo sozinho se o meu familiar pode fazer por mim? Trago esse exemplo simples, porque creio que já ficou compreendido até aqui, que o resgate de autonomia desse paciente é trabalhado justamente nas pequenas ações, então se a família “burla”, mesmo que sem intenção esse trabalho, pode haver prejuízo para ele, que pode cada dia mais ocupar-se de um sentimento de incapacidade.

A partir disso, podemos refletir o papel do psicólogo dentro desse âmbito, que como disse Lucena *et al* (2020), pretendemos identificar caminhos de troca entre paciente, família e unidade de cuidados, desejando a promoção de uma adesão a assistência proposta. É importante ressaltar, que sobre todo esse contexto, o profissional de psicologia tem o seu papel conduzido para um trabalho com a

subjetividade, em especial do paciente. Com base nesse trabalho, tem a função de guiar e apresentar condições a esse paciente em lidar com as situações adversas e formas de ressignificar o sentido da vida conhecido por ele, naquele momento.

O Papel da Família

Para esse tópico inicio pretendendo fazer com que o leitor considere o seguinte questionamento: “É possível falar de cuidados paliativos sem falar de família?” Contudo a partir da leitura dos textos escolhidos para esse trabalho foi possível perceber que o tema “família” surge como uma categoria muito trabalhada, e que assim sendo acredita-se ser fundamental falar do papel da família no âmbito dos cuidados paliativos.

Visto que quando falamos em cuidados paliativos estamos nos referindo a uma filosofia de cuidado que tem como principal objetivo promover melhor qualidade de vida para os enfermos e também para os seus familiares no enfrentamento dos problemas decorrentes do processo de adoecimento, diante disso é possível então refletir que a família assim como o paciente também perpassa pelos problemas ocasionados pelo diagnóstico que comprometem a vida do seu ente querido, ou seja é importante que essa família também seja assistida, para que os seus medos, angustias também sejam trabalhados.

Segundo Matos e Borges (2018), compreende-se que a família precisa estar acompanhando o seu ente querido, pois a hospitalização o retira de forma brusca do seu convívio social tido até então pelo paciente como seguro e constante, e acaba sendo colocado em um ambiente que se apresenta frio, desconhecido e que remete ao medo. A família passa a ser para esse paciente institucionalizado um refúgio e uma forma de se conectar com o mundo externo. Mas é importante lembrar que apesar do rompimento com seu meio social, e o rompimento com esses papéis que ocupa nesse meio, vale pontuar que dentro do contexto familiar ele continua ocupando algum papel seja o de mãe/filho/marido, por isso a família se faz tão importante nesse cenário.

Diante disso é possível perceber que o paciente e a família são considerados como uma unidade de cuidado, pois a partir do diagnóstico crônico ou seja sem possibilidade de cura, o risco de morte do ente querido é bem presente e isso faz

com que toda a estrutura familiar seja afetada diretamente, gerando grande sofrimento. Corroboram Matos e Borges (2018), ao dizer que a família e o paciente devem ser considerados como uma unidade de cuidado, já que a assistência proporcionada a um deles afeta significativamente o outro.

Partindo do pressuposto que a filosofia dos cuidados paliativos preza pelo cuidado holístico e que família e paciente são vistos como uma unidade de cuidado, Segundo Matos e Borges (2018), é importante refletir que esse familiar também precisa ser assistido de forma a contemplar os aspectos físicos, psicológicos e espirituais, afim de que sua qualidade de vida seja elevada, almejando garantir um conforto, tanto do quesito acomodações do espaço físico, tanto por meio do apoio no enfrentamento de seus medos, e inclusive por meio de sua espiritualidade, para que ela possa ser livremente aceita, bem como seus credos e dogmas, proporcionando inclusive dentro das possibilidades que essa família possa executar seus rituais característicos de sua religião.

De acordo com Matos e Borges (2018), o cuidado destinado ao paciente em cuidados paliativos está intimamente ligado em assegurar a dignidade do mesmo enquanto ele perpassa pelo processo de terminalidade da vida, a equipe de cuidados tem como principal objetivo minimizar os impactos da doença. Já a família por vezes sente-se despreparada para participar do processo de cuidar, acaba inclusive direcionando todo esse trabalho somente a equipe, fazendo com que sua importância no processo se torne inferior.

É importante constatar a partir disso que a família precisa tomar consciência do seu papel dentro desse processo, para que de fato essa responsabilidade não seja tomada apenas pela equipe, pois vale lembrar que todo o trabalho em cuidados paliativos se baseia na tríade paciente, família e equipe. Corroboram Matos e Borges (2018), quando dizem que um diálogo franco entre familiares, equipe e paciente favorece uma melhor compreensão das emoções que estão passando e das que precisam ser adaptadas. Isto é, o trabalho em conjunto entre a tríade é primordial em todo o processo.

Sobre a atuação do serviço de psicologia Alves *et al* (2019) pontua que, o profissional atua acolhendo e intervindo nas questões subjetivas do enfermo, dos familiares, sempre em articulação com toda a equipe, planejando as melhores maneiras de promover a saúde psíquica de todos os envolvidos na situação. A atuação do psicólogo é voltada para o trabalho de proporcionar espaço para que o

indivíduo seja e viva conforme sua vontade, como ser único que é articulado com tudo ao seu redor, inclusive com as demais pessoas. Ou seja, é possível perceber que todo o trabalho de cuidado acontece em completa conexão da tríade paciente, família e equipe, e apresenta-se como sendo uma forma bastante eficaz de trabalho, tendo em vista que o paciente apesar da institucionalização precisa estar consciente de sua identidade, precisa ter sua singularidade preservada e que ele não precisa se ver apenas como o fulano portador da doença tal, pois assim é como se olhássemos apenas para a doença.

Segundo Matos e Borges (2018), um dos principais papéis que a família ocupa nesse contexto, é o apoio emocional que a mesma proporciona ao paciente, a simples presença do familiar junto ao adoecido emana uma sensação de segurança, de não abandono e de conforto com algo ou alguém que demonstre um significado para além do adoecimento. E isso se faz fundamental, a partir do momento que sabemos que a condição de adoecimento, o estado de institucionalização faz com que o sujeito apresente muita vulnerabilidade tanto física quando psicológica, por isso a prática do psicólogo hospitalar em especial no âmbito dos cuidados paliativos exige que o mesmo compreenda de forma totalizante o homem e o seu modo de existir.

Vale ressaltar que o familiar/cuidador se depara com muitos impasses ao longo do processo, como sentir-se sobrecarregado, perda da própria identidade pois em muitos casos o enfermo era alguém que levava a vida de forma muito independente e aí ao deparar-se com a doença passa a ser alguém totalmente dependente e isso impacta na visão que o familiar tem, o familiar que assume o papel de cuidador geralmente acaba se anulando frente a muitas situações para estar disponível para esse familiar adoecido, como por exemplo quando precisa abandonar o emprego, quando se priva da sua vida social, contudo vale ressaltar que apesar de todo o impacto vivido por essas famílias a depender da forma como eles perpassam por essa situação, nem sempre o familiar vai ver a situação com olhar negativo, alguns irão relatar prazer no ato de cuidar, e estar ali presente (GUTIERREZ, CAMBRAIA E FRATEZI, 2016).

Conforme Gutierrez, Cambraia e Fratezi (2016), as aflições provenientes da chance em perder um ente querido podem apresentar impactos a partir de: tensão emocional, necessidade de cuidados físicos, incertezas e inseguranças perante a situação, receio da morte do paciente, alterações no estilo de vida, aspectos

financeiros, a melhor maneira de confortar o paciente, e a preocupação existencial. A partir desse cenário fica claro a necessidade que a família apresenta em ser cuidada e que esse cuidado precisa ser uma preocupação da equipe interprofissional. Contudo é relevante pontuar que o acompanhamento terapêutico a essa família deve se estender mesmo após a perda do ente querido, almejando proporcionar suporte social, psicológico e emocional, no trabalho do processo de luto realizado também pela equipe.

A família como já visto até aqui participa ativamente desse cenário, inclusive na tomada de decisões frente a situações delicadas como, por exemplo, sobre os limites de dar continuidade ao tratamento do paciente considerado terminal, esse tipo de decisão envolve equipe médica, pacientes e familiares que apresentam diferentes interpretações e percepções de uma mesma situação.

Segundo corrobora Porto e Lustosa (2010), as decisões finais devem ser pensadas diferenciando os procedimentos médicos que levarão o paciente a prolongar a vida, dos procedimentos que somente irão prolongar o sofrimento do paciente até o momento da morte. Isto é, a partir disso surgem questionamentos éticos que proporcionam aos envolvidos um impasse sobre o que é lícito e o que não é, entre o que é liberdade para morrer e o que é o dever de salvar vidas, bem como o direito de viver e/ou de uma boa morte. Pois quando a terapia médica não consegue mais dar conta de restaurar a saúde, tratar para curar torna-se uma futilidade. Dai o esmagador questionamento ético de parar o que é inútil, fútil, para dar ênfase aos esforços que almejam preservar a qualidade de vida do enfermo.

Não é difícil perceber que o que divide todos esses questionamentos é uma linha muito tênue, por isso torna-se tão fundamental olhar para esse paciente e familiar de fato como uma unidade de cuidado, pois percebe-se que existe uma interdependência, mas para além de toda essa desordem interna que esse familiar experencia enquanto cuidador, existem também a forma como cada um ressignifica toda essa desordem e sofrimento.

Como bem pontua Gutierrez, Cambraia e Fratezi (2016), quando diz que conscientizar-se de que o problema do familiar enfermo, e o sofrimento causado pela doença ao próprio paciente, são muito maiores que a própria dor do cuidador, diante de tal situação, faz com que esse familiar valorize a sua condição de cuidar e faça da convivência com a doença uma lição de vida. Claro que sempre fazendo questão de pontuar que o sofrimento do cuidador não está sendo anulado ou

esquecido, nem há intenção de romantizar esse ato, mas por que não encontrar formas de enfrentamento para todo esse cenário de sofrimento?! A espiritualidade entra em campo justamente como uma ferramenta de enfrentamento, conforme corroboram Gutierrez, Cambraia e Fratezi (2016), quando dizem que a fé e os preceitos espirituais tendem a favorecer a capacidade de superar os sentimentos negativos e os desafios que todo o processo de adoecer impõe.

Processo de Finitude

Trabalhar a morte como um processo natural é uma das tarefas dos cuidados paliativos, pois inevitavelmente a morte é algo visto muito de perto quando se tem um diagnóstico crônico, em especial quando se chega em estágio terminal. Torna-se difícil nos tempos de hoje, tratar a morte como um fenômeno natural, pois como bem cita Porto e Lustosa (2010), o avanço da ciência, faz com que se tema e se negue cada vez mais a morte como realidade.

Porém nem sempre foi assim, historicamente durante muitos séculos durante a idade média, a morte era compreendida com naturalidade, fazendo parte do ambiente doméstico, chamada também de “morte domada”. A morte era um rito, acontecia comunitariamente e era encarada com dignidade e renúncia. A partir disso o enfermo, chamado na época de moribundo, tomava suas próprias decisões e a morte ocorria publicamente, organizada e presenciada pelo próprio sujeito em processo de morte.

Segundo Porto e Lustosa (2010), o fato de a morte ocorrer publicamente era por conta da presença avassaladora de epidemias, que transformava a morte em um evento visível e corriqueiro. Isto também contribuía para uma expectativa de vida muito mais baixa em relação a expectativa vivida nos séculos XX e XXI. Mais tarde ainda segundo Porto e Lustosa (2010), o hospital surge como meio terapêutico lá pelo final do século XVIII, ao mesmo tempo em que a medicina emerge como ciência do indivíduo. A partir disso o hospital torna-se um lugar controlado e comandado por médicos, tornando-se referência no âmbito da saúde, da vida, do sofrimento e da morte. Nasce então a indústria farmacêutica e a medicina passam a ser a responsável, na figura do médico, e através dos progressos técnicos, pelo prolongamento da vida.

Mais tarde com todo o avanço tecnológico da medicina conforme Alves *et al* (2019), é possível constatar que os hospitais tornam-se depósitos de pacientes fora de qualquer possibilidade de cura que recebem tratamentos inadequados, sempre com foco na tentativa de cura, com o apoio de métodos invasivos e de alta tecnologia, que muitas vezes são exagerados, insuficientes e que só produzem mais sofrimento.

É importante ressaltar que frente a esse avanço tecnológico científico a intenção não é cultivar um pensamento contrário, pois é inegável que todo esse aparato científico tem salvado muitas vidas, o grande questionamento é sobre os limites existentes entre a ciência tecnológica e a dignidade humana. E como bem pontua Alves *et al* (2019), a grande questão é tomar consciência do quanto apreciamos a tecnologia por conta do medo da morte, o que conseqüentemente nos faz esquecer que o processo de morrer é inerente a humanidade e deve ser experienciado por todos de forma digna e de acordo com suas vontades sempre que possível.

A partir desse exposto, as práticas paliativistas surgem para apresentar aos profissionais que o cuidado dos enfermos fora de possibilidade de cura, necessitam ser integral, pois de acordo com Alves *et al* (2019), o paciente deve ser compreendido em sua singularidade, de forma digna, que possui uma história de vida, que traz uma bagagem de experiências que acumulou ao longo de uma vida e que dividiu com familiares e cuidadores que se refletem, em especial nos momentos de dor e angústia, e que deve ser respeitado até o fim.

É importante destacar que esse olhar integral vai para além de uma condição de adoecimento, deve ser assegurado ao ser humano em todos os momentos de sua vida, porém ao se deparar em um processo de adoecimento que não oferece nenhuma possibilidade de cura, esse olhar integral e humano deve ser enfatizado ainda mais para que os pacientes possam ter qualidade de vida até que chegue o dia de sua morte. pois um dos princípios dos cuidados paliativos é:

Assegurar de modo amplo e otimista o alívio do sofrimento que a doença provoca. Em casos de doenças crônicas de alto grau de fatalidade o foco é a qualidade de vida. Não obstante, todo o cuidado deve ser oferecido logo que a doença for diagnosticada, garantindo bem-estar físico, psicossocial e espiritual do indivíduo (ALVES ET AL, 2019, p. 8).

Quando nos referimos Rezende, Gomes e Rezendo (2014) nos leva a refletir que o conceito de qualidade de vida está intimamente ligado a um juízo de valor, tendo em vista que não há um conceito universal de qualidade de vida, sendo assim o que pode ser considerado futilidade de um determinado tratamento para alguém, pode não ser para outra pessoa. Por essa razão é importante lembrar que o conceito de qualidade de vida refere-se a um conceito pessoal que varia de pessoa para pessoa, e que para a tomada de decisões apoiadas no conceito de qualidade de vida é necessário levar em conta aspectos existências do paciente e de sua família.

O psicólogo que atua nesse cenário de terminalidade humana, almeja a melhoria da qualidade de vida desse paciente, amenizando o sofrimento e quaisquer transtorno psicopatológico que possa emergir diante do processo, tais como: ansiedade e/ou depressão. De acordo com Lucena *et al* (2020), o papel do profissional de psicologia é essencial tanto na parte preventiva dessas condições que podem ser desencadeadas, quanto nas diversas etapas do tratamento, desde o seu diagnóstico.

O papel do psicólogo então volta-se em facilitar o relacionamento do paciente e família com a equipe multiprofissional em todos os âmbitos de suas demandas no hospital. O apoio psicossocial oferecido no momento da terminalidade é fundamental, uma vez que se pararmos para refletir a morte abrange tabus e estigmas que envolve elementos que encham o indivíduo de sentimentos tais como: o medo.

De acordo com Lucena *et al* (2020), a psicologia no cenário dos cuidados paliativos emerge como um resgate do humanismo perdido nas modernas ações de saúde. Pois é inegável que as ações de saúde são repletas de tecnologias e eficácia curativas, porém muitas vezes, com ausência de empatia, amor, afetividade, calor humano, portanto sendo incapazes de eficácia integral ao consolo ao sofrimento humano.

Bioética e Cuidados Paliativos

Desde metade do século XX mediante os avanços tecnológicos da ciência médica surge o termo bioética. A partir da ampliação dessas tecnologias em especial no âmbito da genética, da biologia molecular, dos transplantes, evoluem de forma significativa as possibilidades de intervenção nas condições de saúde do ser humano, e aos poucos surgem questões éticas provenientes da aplicabilidade dessas ciências, confirmando um poder de intervenção sobre a vida e a natureza (COSTA *ET AL* 2016). Diante disso, o presente capítulo almeja trazer ao leitor uma discussão sobre a relação existente entre bioética e cuidados paliativos, tema que enquanto autora deste trabalho considero relevante expor.

É inegável que referente ao contexto do final de vida, o avanço da tecnologia e das ciências biomédicas aumentou significativamente a sobrevida de pacientes com diagnósticos crônicos, a partir da criação de novas drogas, vacinas, aparelhos e técnicas, que promovem diagnósticos e tratamentos antecipado. Por outro lado proporcionou o surgimento de dilemas éticos visto que transformou a fase final da vida em um sofrido processo de morrer, como por exemplo, situações que já não se sabe mais os limites do uso dessas tecnologias, muitas vezes mantendo pacientes vivos a todo custo (ANDRADE *ET AL*, 2013).

A partir desse cenário ressalto a relevância de se falar sobre bioética e cuidados paliativos, afinal a prática dos cuidados paliativos trabalha empenhada em promover o bem-estar e qualidade de vida do paciente, a partir do momento que não se estabelecem limites sobre o uso dessas ciências, técnicas, será que não estaríamos ferindo esse princípio? Trago esse questionamento a fim de levar o leitor a refletir sobre esse cuidado que é ofertado, não como crítica ao uso das tecnologias, porém na intenção de sempre lembrar que o cuidado deve ser integral. Desse modo conforme, Porto e Lustosa (2010), a possibilidade de se morrer com dignidade traz uma reflexão muito relevante para os dias atuais. Tendo em vista que qualidade de vida no processo da morte e prolongamento da vida não deveria estabelecer uma relação de incompatibilidade, e sim de complementaridade. É o fazer tudo que é possível, e parar no limite do tolerável.

Apesar das incontáveis discussões que o tema produz, é importante não esquecer que o maior desafio ético em questão ainda é considerar os dilemas não

resolvidos da dignidade da vida antes de citar o direito à dignidade da morte. Diante disso conforme salienta Andrade et al (2013) não é suficiente uma ciência e tecnologias aprimoradas, se não forem praticadas por profissionais que as conheçam e saibam integrá-las a uma assistência humanizada, que valorize e respeite o ser humano em sua integralidade. E vale destacar que essa mesma assistência humanizada direciona-se também aos familiares envolvidos, sempre guiado pela filosofia que almeja melhorar tanto a qualidade de vida dos pacientes como também de seus familiares, essa forma de cuidado almeja prevenir e aliviar o sofrimento por meio do controle dos sintomas e envolve o trabalho multiprofissional, multidimensional e humano.

Conforme Rodrigues, Cazeta e Ligeiro (2015), a bioética se pauta em quatro princípios essenciais: autonomia (faculdade para governar a si mesmo), beneficência (obrigação do bem-estar dos outros, sendo extremamente necessário levar em conta os desejos, as necessidades e os direitos de outrem) , justiça (tratamento justo a qualquer indivíduo) e a não maleficência (não acarretar danos ao indivíduo).

Esses princípios conduzem qualquer ação que esteja referente a vida, ou seja, do nascimento a terminalidade. Diante disso torna-se fundamental conhecer tais princípios para que se construa uma íntima relação entre bioética e cuidados paliativos, a fim de levar em conta a necessidade de utilizá-los para aumentar a qualidade de vida de pacientes que se encontram em condições de terminalidade.

O princípio da beneficência conforme Costa et al (2016), requer que sejam atendidos os interesses relevantes e legítimos dos indivíduos e que, na medida do possível, sejam evitados prejuízos através da utilização de conhecimentos e habilidades técnicas para minimizar riscos e maximizar benefícios aos pacientes. Já o princípio da não-maleficência estipula que qualquer intervenção profissional deve evitar ou minimizar riscos e danos, o que se compreende em não fazer o mal, em qualquer hipótese.

Quando falamos do princípio da autonomia estamos nos referindo a liberdade de ação. As pessoas autônomas devem ser capazes de escolher e agir de acordo com seus próprios anseios, e o respeito a essa autonomia é imprescindível, desde que não gere prejuízos. A pessoa deve possuir razoável maturidade e consciência de suas escolhas. Por último não menos importante temos o princípio da Justiça que ainda conforme Costa et al (2016), refere-se à distribuição coerente e adequada de

deveres e benefícios sociais, apoiando-se na equidade voltada à distribuição de benefícios da medicina ou da saúde em geral, salientando-se que situações idênticas devem ser tratadas igualmente, e as que não são iguais, de forma diferente.

A partir disso ao pensar na íntima relação da bioética e cuidados paliativos vale frisar que, é inegável a importância da biotecnologia para a vida de pacientes que recebem diagnóstico crônico, lembrando inclusive de propostas farmacológicas que proporcionam ao enfermo algum medicamento que amenize suas dores. Contudo a reflexão oferecida aqui é sobre os limites do uso desses medicamentos, e mais ainda refletir sobre a participação dos profissionais de saúde, pensando sobre até que ponto ele atua buscando oferecer um aumento de qualidade de vida, ou apenas buscando manter um corpo vivo.

É a partir dessa reflexão que também cabe pensarmos que a formação desses profissionais deve ser levada em conta, afinal sabe-se que um médico por exemplo, não se capacita para ver alguém morrer, o que conseqüentemente faz com que o mesmo veja a morte como uma grande derrota. E justamente por ter essa visão sobre a morte, o receio é que profissionais em especial médicos, ao invés de promoverem qualidade de vida, acabem gerando a pacientes terminais, por exemplo, conforme Lima, (2015) o prolongamento da vida em agonia, o sofrimento que desumaniza, que adia a morte e que não respeita a dignidade humana no momento da terminalidade.

Por outro lado, para que o profissional consiga ver a morte como um processo natural, ele apoia-se na ortotanásia, que nada mais é que a morte natural. Conforme Lima (2015), quando a morte é compreendida como um processo natural e final da vida, a ortotanásia representa o respeito a morte digna, que torna possível a humanização do processo de morte. Se todo o processo da vida deve ser pautado no respeito à dignidade da pessoa humana, não há dúvida que o processo de morte também deve ser guiado pelo seu respeito. E a finalidade da intervenção do profissional de saúde que compõe a equipe multidisciplinar na ortotanásia é viabilizar ao paciente a boa morte, ao seu tempo, com respeito aos seus valores e o máximo de cuidado profissional.

Em contrapartida se a ortotanásia não apressa, nem adia a morte, a distanásia segundo Lima (2015), caracteriza-se pela adesão de medidas terapêuticas excessivas, desnecessárias, que não direcionam para a cura, mas para

o intenso sofrimento do paciente. Configura tratamento desumano e degradante, por permitir o prolongamento da vida exclusivamente em termos quantitativos. Trata-se de procedimento que fere os direitos do paciente e sua dignidade.

A partir do exposto, é possível perceber que a linha que divide o respeito à dignidade do paciente, e ao mesmo tempo o desejo de mantê-lo vivo é muito tênue. Por essa razão compreende-se que cuidar de um paciente em cuidados paliativos exige que o profissional além de amenizar dores e sofrimentos a partir de medicamentos, também exige que ele preserve a dignidade do paciente respeitando o mesmo em sua totalidade, levando em conta suas vontades, crenças e valores. E como dito por Porto e Lustosa (2010), entre o não matar e o não prolongar, situa-se o cuidar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dado o exposto, considera-se que cuidados paliativos oferece ao paciente fora de perspectiva de cura, um cuidado integralizado, levando em conta não só aspectos biológicos como também, psicológicos, social, religioso, visando uma melhor qualidade de vida do enfermo, amenizando suas dores, angústias e sofrimento.

O objetivo geral desse trabalho foi analisar qual seria o papel do psicólogo em cuidados paliativos no cenário da hospitalização. E o que tivemos de resultados apresentados através das discussões foi que o psicólogo é de fundamental importância nesse processo de adoecimento, pois levando em conta que o diagnóstico vem carregado de medo, e uma avalanche de emoções, o psicólogo atua trabalhando com essa subjetividade tão atingida, buscando proporcionar ao paciente e a sua família condições para lidar com as situações adversas e tentando descobrir junto com esse paciente formas de se ressignificar.

Apresentamos como considerações sobre o que foi encontrado na Revisão Integrativa que a autonomia do paciente é essencial para que o mesmo se perceba sobre o controle de algo em sua vida; O papel da família é considerado essencial no processo de adoecimento, tendo em vista que paciente e família são considerados como uma unidade de cuidado. e o processo de finitude compreendido como fundamental a partir do momento que para que se amenize dores e sofrimentos, esse paciente precisa compreender a morte como um processo natural.

Enquanto autora dessa pesquisa, encontrei algumas limitações como por exemplo uma escassez de literatura na área da psicologia, tendo em vista que existem muitas publicações na área da enfermagem, também foram encontradas muitas publicações em outros idiomas. Sendo assim concluo que a partir do presente trabalho podem ser pensadas outras pesquisas, para ampliar o conhecimento acerca do assunto. Trabalhos voltados para o fazer da psicologia, e suas possíveis contribuições.

A relevância dessa pesquisa para o meio acadêmico é constatar a importância do psicólogo em equipes que atuam em cuidados paliativos no contexto hospitalar, tendo em vista que o fazer do psicólogo direciona-se para uma escuta qualificada tanto de pacientes como de seus familiares, escuta essa que almeja proporcionar uma vida com qualidade e bem-estar.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C. G. D. et al. bioética, cuidados paliativos e terminalidade: revisão integrativa da literatura. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 1, p. 888-897, 2013.
- ALVES, R. S. F. et al. **Cuidados Paliativos**: Alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. *Psicologia: ciência e profissão*, Paraíba, v. 39, p. 1-15, 2019.
- FERREIRA, A. P. D. Q. et al. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Rev SBPH**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 85-98, 2011.
- GUTIERREZ, B. A. O; CAMBRAIA, Thabata Contursi; FRATEZI, Flávia Renata. O cuidado Paliativo e sua influência nas relações familiares. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 321-337, 2016.
- HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, I. C. A. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013.
- LUCENA, L. L. D. et al. **Cuidados Paliativos na terminalidade**: revisão integrativa no campo da psicologia hospitalar. **RevFunCare online**, Rio de Janeiro, v. 12, p.1253-1259, 2019.
- MATOS, J. D. C; BORGES, M. D. S. A Família como integrante da assistência em cuidado paliativo. **Revenferm UFPE online**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2399-2406, 2018.
- MELO, A. C. D; VALERO, Fernanda Fernandes; MENEZES, Marina. A Intervenção Psicológica em cuidados paliativos. **Psicologia, saúde & Doenças**, Itajaí, v. 14, n. 3, p. 452-469, 2013.
- OLIVEIRA, A. A. V. D. et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **RevBrasEnferm**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 128-133, 2013.
- PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. **Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos**. Rev SBPH, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, 2010.
- REIGADA, C. et al. O suporte a família em cuidados paliativos. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 159-169, 2014.
- REZENDE, L. C. D. S; GOMES, Cristina Sansoni; MACHADO, M. E. D. C. **A finitude da vida e o papel do psicólogo**: perspectivas em cuidados paliativos. **revista psicologia e saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 28-36, 2014.
- RODRIGUES, Ligia Adriana; CAZETA, Fabíola Luciene; LIGEIRO, Fernanda. **Autonomia do Paciente em cuidados paliativos e a intervenção do psicólogo**: um olhar bioético. *cuidArte enfermagem*, Catanduva, v. 9, n. 2, p. 131-141, 2015

SILVEIRA, Maria Helena; CIAMPONE, M. H. T; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-16, 2014.

WENCELEVSKI, MarllonTadeo; MILANSKI, Y. A. S; SOARES, Fernanda Fagnani. A atuação do psicólogo com pacientes sob cuidados paliativos. **Akrópolis** Umuarama, v. 23, n. 2, p. 137-149, 2015.