

CUIDADOS PALIATIVOS: UMA PERSPECTIVA SOBRE O OLHAR DA PSICOLOGIA

Richelly Murta Pinto¹
Mariana Sant' Anna Costa ²

RESUMO: os cuidados paliativos “consistem na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo”. Esses cuidados visam diminuir o impacto causado pela dor e outros sintomas, trazendo para o paciente e seus familiares mais conforto, diminuindo assim o seu sofrimento. A morte é a mais profunda dor que alguém pode sentir e falar dela além de sofrimento vem também à negação e sensação do que estamos fazendo da nossa vida. O processo de luto pode ser muito doloroso, principalmente porque a pessoa se desvincula da pessoa amada e isso pode ser muito penoso. O processo de luto segue por dois caminhos, o luto normal e o luto patológico, ele se distingue pelo grau que atinge. As dificuldades, barreiras e desafios encontrados pela equipe de cuidados paliativos no seu dia a dia, será comentado no decorrer do trabalho. O papel do psicólogo visa ajudar o paciente e seus familiares com os problemas pessoais, sociais de doença e incapacidade, além de prestar apoio durante todo o progresso da doença, incluindo o processo de luto, caso seja vivenciado.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Morte e Luto. Psicologia

ABSTRACT: Palliative care “consists of active and comprehensive care for patients whose disease no longer responds to curative treatment”. These cares aim to reduce the impact caused by pain and other symptoms, bringing more comfort to the patient and their families, thus reducing their suffering. Death is the deepest pain that anyone can feel and talking about it in addition to suffering comes also to the denial and sensation of what we are doing with our life. The grieving process can be very painful, mainly because the person separates from the loved one and this can be very painful. The grief process follows two paths, normal grief and pathological grief, it is distinguished by the degree it reaches. The difficulties, barriers and challenges encountered by the palliative care team in their daily lives will be discussed during the work. The role of the psychologist is to help the patient and their families with the personal and social problems of illness and disability, in addition to providing support throughout the progress of the disease, including the grieving process if it is experienced.

Key words: Palliative Care. Death and Grief. psychology

¹ Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade Doctum de Serra-ES.

² Professor orientador do Curso de Psicologia da Faculdade Doctum de Serra, ES



INTRODUÇÃO

O interesse de desenvolver essa pesquisa surgiu no âmbito hospitalar onde se vivencia por diversos momentos o desespero dos familiares ao ser comunicado sobre o quadro instável do paciente. Segundo Paiva et al. (2014), cuidados paliativos consistem na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Esses cuidados visam diminuir o impacto causado pela dor e outros sintomas, trazendo para o paciente e seus familiares mais conforto, diminuindo assim o seu sofrimento (PAIVA, et al. 2014).

Trabalhar doença terminal, morte e luto, não é uma temática fácil, porém no ambiente hospitalar torna-se comum, por fazer parte do cotidiano de quem trabalha na saúde. Segundo Domingos et al. (2013) o conceito paciente terminal se define quando a doença atingiu um nível que não há possibilidade de reversão e seu estado está tão comprometido que todas as formas de tratamento ou recuperação já não são respondidas. Dentro desse contexto, ter uma equipe especializada e voltada para essa fase da vida contribui para diminuir os impactos causados pela doença e ajuda os familiares a passar mais tranquilo por esse momento (DOMINGUES, et al. 2013).

A morte é uma realidade presente desde o nascimento, cujas fantasias do inconsciente são criadas. Por um lado, alguns imaginam que a morte é uma mulher com uma foice envolta de um manto negro que levam as pessoas para um lugar incerto, de outro lado, alguns acreditam que ela é o reencontro com pessoas desaparecidas, que eles recriam um mundo de desaparecidos e fortalecem laços existentes, negando a ideia biológica da cessação da vida e seguindo a visão religiosa que prega uma vida, além desta, sem dor e sofrimento. (EIZIRIK, KAPCZINSKI E BASSOLS, 2007)

Já o processo de luto quer dizer luta, pois ela vem de um momento de elaboração da perda. Em alguns casos, ela pode gerar o afastamento do convívio social, mas até então, não é necessária intervenção médica. Algumas pessoas precisam de um tempo para passar pelo luto e este momento pode ser de bastante aprendizado e, suprimir essa dor, poderá causar o prolongamento do processo, o que pode ser prejudicial. (SILVARES, JUNIOR E PRISZKULNIK, 2008),



A respeito dos cuidados paliativos, a psicologia hospitalar pode ser uma ferramenta cujo objetivo é proporcionar aos pacientes uma “boa morte” dentro de uma humanização do morrer, logo, seu intuito não é salvar vidas mas proporcionar uma morte mais tranquila e confortável. A medicina paliativa sozinha não tem suporte para proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente fora das condições terapêuticas, mas também necessita de apoio psicológico especializado (PORTO E LUSTOSA, 2010).

O intuito desse trabalho está em compreender as dificuldades, barreiras e desafios encontrados no dia a dia, conhecer a equipe e a importância de cada função, destacando o profissional de psicologia e seu papel nos cuidados paliativos. Os objetivos específicos se dividiram em analisar os obstáculos, barreiras e desafios no dia a dia da equipe de cuidados paliativos e descrever a função e relação do profissional de psicologia dentro da equipe. A relevância desse artigo está na temática escolhida que contribuirá para compreensão e um novo olhar ao conceito cuidados paliativos, visando que a informação e compreensão podem valorizar e melhorar o cuidado dos pacientes que se encontram na fase final da doença, ou até mesmo na valorização dos cuidados na forma geral, já que esses cuidados podem ser aplicados a todos os pacientes.

CUIDADOS PALIATIVOS - HISTORICO

O marco da história dos cuidados paliativos começou em 1950 com Cincely Saunders em Londres, quando ela ficou responsável por cuidar de um paciente em fase terminal do câncer, seu desafio era buscar alívio da dor e outros sintomas acometido pela doença. Cincely Saunders contribuiu e preparou equipes da saúde além de preparar a sociedade e familiares de pacientes em como lidar com a morte e o luto, processo quase não falado, por se tratar de um tabu até atualmente. Como pesquisadora ela voltou todos seus estudos para o enfrentamento da dor e uso de medicamentos para o alívio do sofrimento, para ela o sofrimento só era intolerável, se ele não fosse cuidado. (MENDOÇA, 2018)

Com formação em enfermagem, serviço social e medicina, ela ajudou a fundar em 1967 ela o St Christopher's Hospice em Londres, primeiro hospital que trabalhava a dor e sofrimento nos pacientes em fase terminal. Em 1969 Saunders



elaborou o Programa de Cuidados Paliativos domiciliários, que visava além de tratar a dor e sofrimento, cuidava de outras questões que envolvia a fase final da vida, esse trabalho eram voltados para paciente e famílias e assim todas as informações sobre cuidados paliativos eram compartilhadas (MENDONÇA, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou nos anos 80 o Câncer Pain And Palliative Care e o Palliative Câncer Care, que é um programa de cuidados paliativos para pacientes com Câncer. Em 1999 criou-se a International Association for Hospice and Palliative Care, a Hospice Association of South Africa e a European Association for Palliative Care. Em 2002 a OMS definiu que cuidados paliativos tem o objetivo de oferecer qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, que apresentam algum tipo de doença que não tem possibilidade de cura, essa qualidade de vida está voltada para aspectos físicos, emocionais, espirituais, mentais e sociais. (MENDONÇA, 2018).

Em 2014 foi elaborado pela OMS um documento que inclui a importância do cuidado paliativo ao longo da vida, nele consta que as necessidades de atenção e compreensão dos pacientes visa ser do momento do diagnóstico até pós morte. Ainda amplia que o movimento em direção a integridade do cuidado seja totalmente voltado para o paciente e não somente voltada para a doença, devemos ver o paciente como um todo (MENDONÇA, 2018).

No Brasil, foi o Rio Grande do sul pioneiro em cuidados paliativos. Em 1997 foi criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), cujo objetivo era introduzir e promover os cuidados. Em 1998 foi construído o Instituto Nacional do câncer, primeiro hospital voltado para o cuidado paliativo, dele, se expandiu para outros lugares. Em 2005 foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos – (ANCP), com o intuito de aumentar a atuação dos profissionais voltados aos cuidados no país, no final de 2006 foi instituída pelo Ministério da Saúde, a Câmara Técnica em controle da dor e cuidados paliativos. (PAIVAet al. 2014)

Paivaetal. (2014) relata em seu estudo que cuidados paliativos são todo conjunto de práticas e discursos que envolvem o paciente no momento final do ciclo da vida, pacientes estes que não apresentam prognóstico de cura. Vale ressaltar que os cuidados paliativos, não visam curar, prolongar ou adiantar o processo de morte do paciente, e sim realizar uma reflexão, para que as pessoas possam



compreender melhor o conceito sobre o corpo humano, adoecimento e morte (PAIVA,etal., 2014).

Para Bifulcoe Caponero (2016) cuidados paliativos podem proporcionar ao paciente e seu familiar mais que medidas científicas, ela pode proporcionar intervenções de proximidade e valorização da vida, além de proporcionar mais conhecimento sobre a morte, como entender cada passo do processo de morte e morrer e assim atingir o objetivo principal que é a qualidade de vida e o conforto para o paciente e seu familiar e para a equipe que o assiste (BIFULCO E CAPONERO, 2016).

CRITERIOS DE INCLUSÃO DE PACIENTES NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Para um paciente ser incluído nos cuidados paliativos é necessário observar vários critérios tais como, histórico e evolução da doença e do paciente, como também a forma fisiológica que ela responde à doença, assim como aspectos emocionais e culturais no processo do adoecer. Os cuidados paliativos só devem ser recomendados quando todas as outras medidas de tratamento da doença já foram descartadas, quando a dor e sofrimento atinge uma fase moderada ou intensa e quando o paciente ou a família opta pela manutenção de conforto dignidade a vida (MENDOÇA, 2018).

Algumas avaliações devem ser levadas em considerações nos pacientes em cuidados paliativos como a avaliação funcional– que mede a evolução da doença, se ele está evoluindo, melhorando, se está acamado, deambulando, etc. (anexo 1- avaliação de sintomas); avaliações de sintomas – deve ser constantemente avaliada, o paciente anota diariamente sua escala de dor, baseado na escala de sintomas de Edmonton no Canadá(anexo 2- escala de Edmonton); impressão e diagnóstico – outro dado que deve ser avaliada constantemente, essa é uma avaliação da forma como o paciente está evoluindo e também se proposta de prognóstico está sendo eficaz; plano de cuidado – será elaborado de forma clara e contendo todo o tratamento proposto, assim onde o paciente for atendido, a equipe que atender, saberá a forma como conduzir o tratamento.(anexo 3- plano de cuidado)(MACIEL, 2012)



Para Saporetta (2012) o ponto principal trabalhado nos cuidados paliativos visar fornecer ao paciente e seu familiar uma melhora na qualidade de vida, nesse sentido utiliza-se métodos de prevenção no tratamento de alívio da dor nos aspectos físicos, psíquico, emocional e espiritual. Visando trabalhar essas questões citadas acima, criou em 2008 o Diagrama de Abordagem Multidimensional – DAM, que está dividida em quatro partes, uma parte é o centro, onde fica as características do paciente, na segunda parte está o seu sofrimento, esse sofrimento pode ser sentido no atual momento ou relacionado ao futuro, pode ser a dor própria ou projeção da família e ou equipe (SAPORETTI, 2012).

Outro ponto do diagrama visa compreender as atitudes que serão tomadas diante do sofrimento que está sendo apresentadas, essas atitudes podem ser ativas ou passivas, ou simplesmente está ao lado do paciente para acalmar. A parte externa do diagrama aborda os objetivos a serem alcançados, vale ressaltar que esses objetivos nem sempre consegue ser alcançado devido as várias circunstâncias que o paciente pode apresentar. (anexo 4 - modelo de DAM) Um ponto a ser destacado é que o DAM é uma forma de raciocínio, não um protocolo a ser seguido, portanto, pode ser mudado ou aprimorado a qualquer momento (SAPORETTI, 2012).

Segundo Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o público maior de atendimentos a cuidados paliativos é o paciente com câncer, esse tratamento se estende para qualquer doença que já não apresenta possibilidades de cura, tais como: esclerose múltipla, a esclerose lateral amiotrófica e as outras neurológicas progressivas, a bronquite crônica (doença pulmonar obstrutiva crônica) com dependência de oxigênio, os quadros de demências (independentemente da doença de base), a pneumopatia crônica com quadro de hipoxemia grave, os pacientes com insuficiência cardíaca terminal sem indicação de transplante ou com vírus da imunodeficiência humana (HIV) positivo. Vale ressaltar que cada paciente tem seu DAM, baseado no diagnóstico e prognóstico da doença. (MENDOÇA, 2018)

EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS

A equipe multidisciplinar que atende ao paciente e o familiar de cuidados paliativos tem a função de avaliar o paciente e manter o foco nas principais queixas,



visando diminuir seu sofrimento e melhorando a qualidade de vida. Vale destacar que seu principal objetivo é trabalhar todos os aspectos do sofrimento, tendo como metas claras aliviar e preparar o paciente e seu familiar para o processo de morte(MENDONÇA, 2018).

A equipe multidisciplinar de cuidados paliativos é composta por médico: é responsável pelo diagnóstico da doença, cabe-lhe conhecer e recolher todas as informações relacionado ao diagnóstico do paciente. É de responsabilidade desse profissional discutir a conduta que será realizada, tanto no controle e alívio dos sintomas desconfortantes, como também na garantia de qualidade de vida até o fim. A comunicação do diagnóstico, conduta que será realizada e qualquer outra dúvida que possa surgir sobre a patologia do paciente, cabe ao médico e somente ele, informar ao paciente ou familiar, essas informações precisam ser claras e de forma que todos entendam(CONSOLIN, 2012).

O enfermeiro: é responsável pelo cuidado direto e indireto do paciente, sua atenção é voltada para avaliação dos sinais e sintomas apresentados, cuida dos cuidados imediatos para alívio da dor, seja elas medicamentosas, curativos de lesões, ou outros. Na equipe é responsável pela comunicação e mediação dos cuidados clínicos tanto para a equipe, como para o familiar. Psicólogo- é responsável pela escuta clínica do paciente e/ou familiar, visando construir vivências trazidas pela doença, colaborando para a reconstrução da autoimagem vilipendiada (desprezada, humilhada, injuriada, ofendida)pela doença e todo seu tratamento. Nas demandas, ele é responsável por desenvolver grupos e formas de conduzir o paciente e seu familiar a falar e se comunicar sobre a doença livremente, pois assim ele conseguirá reconhecer seu sofrimento e assim trabalhar melhor o processo de morte. Ainda sobre o papel do psicólogo, apresentaremos um capítulo sobre ele mais à frente.(CONSOLIN, 2012).

Assistente social - é o responsável por intercede junto a família as redes de apoio sociais e a toda a equipe nas suas várias funções. Ele é responsável por traçar o perfil socioeconômico da família com as informações necessárias para prosseguir no tratamento, inclusive os contatos e a pessoa responsável para mediação durante o tratamento. Nutricionista - é o responsável pelo suporte nutricional de cada paciente conforme a patologia. Alguns fatores como medicações, perda de peso ou apetite, pode comprometer esse suporte nutricional, nesse sentido



cabe ao profissional diminuir ou minimizar os sintomas que estão relacionados a nutrição, quanto também visar o bem-estar e qualidade de vida para ele(CONSOLIN, 2012).

Fisioterapia - é responsável por elaborar um programa de atendimento com técnicas e exercícios que visam medidas de conforto e alívio de dores, sofrimentos e outros estresses do dia a dia. Todas essas técnicas colaboram para a qualidade de vida do paciente e prepara ele e o familiar para enfrentamento da doença e do luto. Fonoaudiólogo -em alguns casos na fase mais avançada da doença, o paciente pode apresentar xerostomia (boca seca), redução da higiene oral, halitose, alteração do paladar, disfagia, entre outros. Nesse sentido é responsabilidade do profissional cuidar para manter uma deglutição funcionante e segura para receber a alimentação via oral, assim ele estará atento a consistência adequada do alimento, visando uma melhor deglutição. (CONSOLIN, 2012)

Terapeuta ocupacional - esse profissional é responsável por ampliar e elaborar formas de autonomia, visando novas experiências e realizando atividades que potencializa suas capacidades de fazer e criar. Seu objetivo está voltado para estímulos positivos e treiná-lo para se facilitador da independência das atividades que ele desenvolve no dia a dia. Assistente espiritual - visando que a forma com o paciente e seu familiar buscar a religiosidade na sua vida, esse contexto pode alterar a forma dele encarar a doença, alguns estudos dizem que está inserido em algum grupo religiosa, afeta no suporte social e na saúde física, trazendo assim benefícios como diminuição dos gastos com a saúde. Abrir as portas para os representantes religiosos, contribuem para o bem-estar, dignidade e paz, além de contribuir para suporte e conforto no processo de luto, amparo social e emocional para todos envolvidos (CONSOLIN, 2012).

A equipe de cuidados paliativos consegue alcançar a importância do apoio espiritual no tratamento da doença, ele consegue notar que mesmos em casos em que a morte é inevitável, alguns pacientes relatam encontrar o conforto até então não alcançado. Não só para o paciente e seu familiar esse grupo consegue trazer o conforto, a equipe de cuidados também consegue ser beneficiados, pois conversar sobre estresses diárias, mortes dos pacientes, podem trazer esse alento para os corações (CONSOLIN, 2012)



DIFICULDADES, BARREIRAS E DESAFIO NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Algumas frases como “Quem faz paliativos é porque não tem competência para fazer medicina de verdade” ou “Paliativos é fácil: todo mundo morre mesmo, ninguém nunca vai reclamar” (BIFULCO E CAPONERO, 2018, p. 106) são comuns quando você escolhe está na equipe de cuidados paliativos. Porém quem participar dessa equipe está sujeita a passar por várias dificuldades, barreiras e desafios, como toda escolha na vida, porém quando se escolher falar da morte, ela tem um peso maior, como será descrito abaixo.

A equipe que escolher trabalhar nos cuidados paliativos se depara com algumas dificuldades, barreiras e desafios. Bifulco e Caponero (2016) relata a história de duas médicas que se apaixonaram pelos cuidados paliativos e resolveram montar uma unidade para trabalhar com esse público. As primeiras dificuldades encontradas estavam em montar uma equipe, as barreiras foram muitas, não só físicas, mas de pré-conceitos encontradas até mesmo com colegas de profissão, que não compreendem o trabalho desenvolvido e contribuem para a desinformação do trabalho. (BIFULCO E CAPONERO, 2016)

As dificuldades estão no fato dos funcionários pensarem que os pacientes desse setor estão lá somente para morrer, os boatos que corriam era que naquele setor existia eutanásia e que os pacientes moribundos eram transferidos para morrer. Esses boatos causavam pânico nos familiares que acreditavam que seus entes seriam transferidos para um lugar onde as máquinas seriam desligadas e por isso eles morreriam. (BIFULCO E CAPONERO, 2016)

Trabalhar na equipe de cuidados paliativos é bem gratificante, porém existem algumas barreiras que são desmitificadas com o tempo, entre elas está lida com a morte como algo natural. Cardoso em seu texto traz alguns relatos de profissionais falando sobre. “No início foi muito difícil, era muito difícil aceitar, e aindaé”. (Fisioterapeuta) “Depois que morre ninguém mais quer ver. Não é interessante?É a dificuldade de lidar com a morte, morreu nãoé mais nosso paciente. [...] É uma coisa difícil [...] Quemquer ver uma criança morta? Ninguém”. (Psicóloga) “A morte é uma coisa difícil, é uma coisa que a gente nãoestá preparado. É, isso aí a gente tem que ser honesta,eu acho que quando é uma



pessoa bem velhinha é muito mais fácil do que uma pessoa jovem ou uma criança”. (Assistente Social) (CARDOSO et al, 2013, p.86)

Cardoso relata que tendência natural das pessoas e com a ajuda da tecnologia que favorece na manutenção e ampliação da vida, é natural que se acredita que os pacientes serão curados. Diante de algumas complicações e ver a morte como um desse fator pode criar na equipe conflitos e até mesmo sentimento de frustrações, impotência e angústia. Diante desses conflitos é aconselhável buscar nas leituras os princípios dos cuidados paliativos que está voltado para qualidade de vida, assim os profissionais compreenderão com mais facilidades que a morte não ocorre como falha do trabalho desenvolvido mas sim como processo natural da vida. (CARDOSO et al. 2013)

Bifulco e Caponero (2016) traz como desafio para a equipe multidisciplinar, a meta de explicar para os colegas de outros setores os princípios de cuidados paliativos que seu acompanhamento começa no início do tratamento da doença e que esse processo pode interferir no desfecho final. Propagar e distribuir informações sobre o trabalho desenvolvido por eles pode gerar mudança no comportamento e modo de pensar. Para finalizar outro ponto importante levantado foi a capacitação adequada para os profissionais da equipe, pois uma má formação ou ação realizada de forma incorreta pode prejudicar o trabalho desenvolvido, vale ressaltar que quem está na equipe de cuidados paliativo sabe muito bem o que quer fazer, invalidando a crença que fala que quem trabalha na equipe é porque não sabe fazer nada melhor, pelo contrário, além de saber fazer, faz muito bem (BIFULCO e CAPONERO, 2016).

MORTE

O tema cuidados paliativos traz com uma das questões mais relevantes para discussão a percepção da morte. A morte é a mais profunda dor que alguém pode sentir e falar dela além de sofrimento vem também a negação e sensação do que estamos fazendo da nossa vida. Na comunidade hindu e budista acreditam que aceitar a morte é a forma mais tranquila de passar por ela, eles acreditam que as coisas na qual se ama se esperam e desejam acabam no tempo correto. Já na cultura ocidental contemporânea existe uma necessidade de se compreender a



morte e o que vai acontecer após a morte (EIZIRIK, KAPCZINSK E BASSOLS, 2007)

Na sociedade contemporânea negamos a morte em todo momento, pois morte significa perda e eles acreditam que devemos sempre ganhar, seja dinheiro, reconhecimento, status, entre outros. Algumas pessoas vivem na cultura do narcisismo, onde eles apresentam dificuldade de discriminar a realidade da fantasia, o que realmente somos, ou se somos apenas imagem daquilo que consumimos, vivendo no mundo de ilusões e aparências e não aceitando a morte com processo da vida, pois ela vem mostrando que não somos onipotentes e quando ela vem mostrar que não somos nada, pois não levamos nada dessa terra. (EIZIRIK, KAPCZINSK E BASSOLS, 2007)

Segundo Rodrigues e Zago (2012), se perguntamos para a maioria das pessoas de que elas querem morrer, certamente elas responderiam que preferiam morrer dormindo, pois assim elas não sentiriam a morte, porém para o familiar, o ente querido, essa forma seria mais dolorosa, pois não teria um preparo para esse momento. (RODRIGUES E ZAGO, 2012) Para Silveiras, Júnior e Prizskulnik o medo é uma resposta muito comum quando a pessoa está diante da morte, esse sentimento é universal e alcançam todo mundo, independente do sexo, nível socioeconômico, religião ou idade. O sentimento do medo da morte não é inato, ele faz parte do processo de desenvolvimento e alcança todas as pessoas, mesmo as que tentam não aceitar (SILVARES, JUNIOR E PRISZKULNIK, 2008),

Sendo assim falamos sobre a morte numa sociedade que se nega constantemente falar sobre ela é muito difícil, pois morte vem regada de sentimentos como depressão, tristeza, dor, sofrimento, perdas e vários outros sentimentos pesados. Mas falar sobre morte vai além da interrupção da vida, pois se fala de aproveitar a vida, colocar metas e objetivos, desfrutar cada momento, aproveitar cada oportunidade, isso sim deveria ser falar sobre a morte, aproveitar a vida. (EIZIRIK, KAPCZINSK E BASSOLS, 2007)

LUTO

Para Freud (Apud CATERINA, 2016) o processo de luto pode ser muito doloroso, principalmente porque a pessoa se desvincula da pessoa amada e isso



pode ser muito penoso. Freud acredita que o processo de luto segue por dois caminhos, o luto normal e o luto patológico, ele se distingue pelo grau que atinge. O luto normal é quando a pessoa tem consciência da perda, o processo de elaboração da morte ocorre de forma consciente e isso não afeta seu dia a dia, mesmo passando pela dor e sofrimento que a perda do ente querido trás. No luto patológico o processo da perda fica no inconsciente da pessoa, ela não consegue elaborar bem e nem definir exatamente o que perder, podendo ocasionar manifestações patológicas de forma somática e psíquica, tais como a depressão, angústia ou outras doenças.(CATERINA, 2016)

No processo do luto temos como referência a Elisabeth Kubler – Ross, psiquiatra suíça – pioneira em tanatologia (Ciência que estuda o fenômeno na morte e o morrer) em todos os seus estudos e conhecimentos, ela dizia “que o conhecimento de nada valeria se os profissionais não fossem capazes de entender os doentes e os familiares com profundidade”. A psiquiatra teve sua adolescência marcada pelo terror da segunda guerra, conheceu de perto situações e vivências de morte, o que a levou escrever sobre o tema. (MENDOÇA, 2018, p.33)

Compartilhando de um mesmo sentimento, ela começou a ouvir atentamente os pacientes e suas histórias, focada e dedicada ela começou a buscar entender o que os pacientes sabiam sobre a terminalidade, morte e morrer. Assim surgiu seu primeiro livro “sobre a morte e o morrer”, ela ficou bem conhecida sobre falar da morte como algo natural e previsível, virou referência sobre o assunto. Ela foi duramente criticada durante sua trajetória, mais nem por isso desanimou, pelo contrário, continuou acompanhando os pacientes e seus familiares nessa trajetória e atendendo as suas necessidades durante toda fase da doença e no processo do luto. (MENDOÇA, 2018)

Esse livro conhecido no mundo inteiro foi utilizado como base numa das temáticas desse artigo, trazendo embasamento e enriquecendo o conteúdo com experiências vividas por ela. Segundo Elisabeth Kubler-Ross o processo de luto para passa por cinco estágios, que se divide em: Negação: “não, eu não, não pode ser verdade”, é uma das frases mais utilizadas nessa fase. Na sua pesquisa a maioria das pessoas reagiu assim tanta quando recebia o diagnóstico de forma direta no início do tratamento, quanto mais tarde quando eles descobriam sobre sua doença. A fase de negação vem na vida da pessoa meio que como um para choque logo



após ela receber a notícia da sua doença, algo inesperado deixando-o em choque. Porém, é necessário que ele passe por esse momento, é necessário que ele use o tempo para se recuperar e aceitar o momento, além disso, a negação é uma defesa temporária, e logo ela será substituída pela aceitação parcial (KUBLER-ROSS,1996).

Raiva: Nessa fase as falas não, eu não, estão sendo substituída por “por que eu” pergunta que vem acumulada de muita raiva, revolta e ressentimento, nessa fase é muito difícil lidar com a pessoa, pois ele não consegue dominar os sentimentos e acaba descontando em todos a sua volta. Nesse momento poucas pessoas conseguem se colocar no lugar do paciente, poucas se perguntam de onde vem tanta raiva. Quando o paciente se sente respeitado e compreendido pelas pessoas a sua volta, ele tende a ser acalmar, abaixa o tom de voz e ser torna menos exigente (KUBLER-ROSS, 1996).

Barganha: “Se Deus decidiu levar-me deste mundo e não atendeu a meus apelos cheios de ira, talvez seja mais condescendente se eu apelar com calma” (Kubler-Ross, p.95, 1996). Esse é o terceiro estágio, talvez o menos conhecido mais de grande importância para o paciente, nesse momento ele tentar um acordo com Deus para adiar o desfecho da vida dele. (Kubler-Ross, 1996) **Depressão:** Nesse estágio é quando o paciente toma consciência do seu estado que muitas vezes já está debilitado, nesse momento já não tem muito que fazer, não tem mais como negar. Alguns sentimentos tais como dor, sofrimento, perda e tristeza são muito comuns nesse momento. (DOMINGUESetal. 2013)

Aceitação: O paciente entra nesse estágio quando torna consciente do que está acontecendo e alcança a estabilidade emocional. Sentimentos de paz e dignidade são muito comuns nesse momento, quando alcança essa fase tudo se torna mais sereno e tranquilo, pois passa aceitar a doença e sai da fase de luta para o luto. Vale lembrar que Domingues etal (2013) argumenta que essas fases psicológicas não seguem necessariamente uma ordem, elas podem oscilar entre si. Também é importante ressaltar que em todas as fases o paciente apresenta esperança, mesmo não havendo possibilidade, ele dará um jeito de manter a esperança sempre presente (DOMINGUES,etal, 2013)

PAPEL DO PSICOLOGO NOS CUIDADOS PALIATIVOS



O manual de cuidados paliativos descreve como papel do psicólogo apresentar habilidades de comunicação, ter clareza da sua função e dos demais profissionais na equipe. A meta é garantir que as necessidades do paciente e dos familiares sejam percebidas e alcançadas pelas diversas ações de trabalho. A relação família e paciente pode contribuir de forma benéfica para a melhora do paciente, porém em algumas situações pode atrapalhar, cabe ao profissional realizar essa intervenção (NUNES, 2012).

Outra função do profissional é quando existe a “Conspiração do silêncio” quando a família quer poupar o paciente da doença e das formas de tratamentos por diversos motivos. Vale destacar a importância das informações corretas tanto ao paciente como ao familiar, nesse sentido o profissional intervém no sentido de estimular pensamentos e falas sobre a situação e também experiências sobre o processo de adoecimentos, morte e luto (NUNES, 2012)

É importante o psicólogo está presente em todo o processo para comunicar ao paciente sobre seu quadro clínico, pois falar para uma pessoa que ela tem uma doença grave e que essa doença pode levá-la a morte não é uma tarefa fácil. Essa dúvida de como falar e o que falar pode acontecer por parte tanto do médico, quanto também do familiar que tem medo de contar e acreditar que ele não irá suportar a dor da notícia que ele pode morrer. Diante dessa situação Kubler- Ross afirma ser muito importante que o paciente saiba sim do diagnóstico e que o médico seja claro e direto quando for falar com o paciente. (KUBLER- ROSS, 1996)

Para Melo, Valero e Menezes (2013) o psicólogo no cuidado paliativo visa ajudar o paciente e seus familiares com os problemas pessoais, sociais de doença e incapacidade, cabe ao profissional prestar o apoio durante todo o progresso da doença, incluindo o processo de luto caso o paciente ou seu familiar estiver vivenciando (MELO, VALERO E MENEZES, 2013). Já para Hermes e Lamarca (2013) o psicólogo tem papel primordial tanto na prevenção do diagnóstico quanto durante todo o progresso da doença, cabe ao profissional amenizar o sofrimento do paciente, seja ela na ansiedade, depressão ou diante da morte (HERMES E LAMARCA, 2013).

Para Lucena (2020) o psicólogo tem um papel de grande importância na escuta do paciente e no suporte ativo, é função dele ajudar no processo de



elaboração psíquica das questões subjetivas, incluído trabalhar questões que o ajude a lidar com a iminência da morte. Cabe ao profissional fornecer suporte psicológico em todas as situações que gerem estresse, depressão ou sofrimento a família ou o próprio paciente, se necessário cabe ao profissional fornecer suporte também para equipe, pois algumas situações podem gerar desconforto para eles também. Cabe a ele observar as reações do paciente e dos familiares sobre a evolução do quadro, está atento se a autonomia do paciente está sendo respeitada e observar se a proposta de cuidados está sendo bem aceita pelo paciente, pela família e pela equipe. (LUCENA, 2020)

Lucena (2020) aborda que a intervenção do psicólogo tem papel de extrema importância na escuta e na fala do paciente, pois nesse momento ele consegue mensurar a forma que ele está lidando com a situação, observa também as expressões de sentimentos e suas expectativas em prol das propostas estabelecidas, assim ele consegue elaborar estratégias para intervenção quando necessário. Ajudar o paciente e o familiar a refletir sobre tudo que está acontecendo no momento e no futuro próximo pode ajudar eles a terem mais clareza do que a vida representa ou pode vir representar depois da doença, trazendo para eles a real dimensão da situação e ampliando a consciência da proximidade da terminalidade. (LUCENA, 2020)

Nunes (2012) se atenta que cabe ao profissional ser acionado quando a equipe percebe agressividade por parte do paciente, quando ele se recusa a fazer o tratamento ou se negam a acreditar na gravidade da doença, quando não aceita as regras dos serviços, ou outras situações avaliadas pela equipe. O profissional atende tanto o paciente como também a equipe que pode ser afetada por essas demandas que causam estresses no seu dia a dia. Uma das formas de intervenções junto a equipe, é de realizações de grupos de reflexões como ponto de apoio diante das experiências de sofrimentos. (NUNES, 2012)

MÉTODO

A pesquisa escolhida para desenvolver esse artigo é a bibliográfica, cuja “base é material já publicado [...] a pesquisa inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, dissertações, etc.” (Gil, 2010, p.29) Escolher a pesquisa



bibliográfica tem como vantagem o fato dela favorecer ao pesquisador uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar de forma direta. (Gil, 2008) A pesquisa será classificada como exploratória que tem como “propósito maior familiaridade com o problema, com vistas torná-los mais explícito ou construir hipóteses”, também tem aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado (Gil, 2010, p. 27).

Para realizar a pesquisa foram analisados sites como Google acadêmico e Scielo, bibliotecas virtuais e materiais de leituras como livros e artigos com temas voltados para cuidados paliativos, morte, luto e psicologia nos cuidados paliativos. Um manual foi destacado nesse artigo, “Manual de Cuidados Paliativos” que descreve a forma como os cuidados paliativos devem ser realizados, além de outros temas como equipe multidisciplinar, entre outros.

O material escolhido foi utilizado como base para o desenvolvimento do tema proposto e com referencial de argumento para o desenvolvimento do trabalho e discussões do tema. Os dados e resultados tiveram como base, as análises qualitativas dos materiais apresentados, onde foram discutidos temas como equipe que compõe os cuidados paliativos e suas funções, barreiras encontradas para montar a equipe, contribuições de nomes como Cincely Saunders e Elisabeth Kubler-Ross para os cuidados paliativos, além de discussões sobre morte, sofrimento e dor e luto, temas muito trabalhados dentro dessa temática.

Para concluir, foi discutida a função e relevância do psicólogo na equipe de cuidados paliativos, essa função foi elaborada dentro do manual de cuidados paliativos, visando que esse profissional tem função tanto de cuidar dos pacientes e seus familiares, quanto de confortar a equipe diante das perdas que ocorre nesse processo. Vale ressaltar que todos os profissionais são importantes dentro dos cuidados paliativos e todos tem o mesmo objetivo, que é aliviar os sintomas que causam dor e sofrimento, além de colaborar para uma melhor qualidade de vida e prepará-los para o momento da morte.

DISCUSSÃO

Quando falamos de cuidados paliativos não podemos deixar de falar de duas pessoas que tiveram contribuições muito significativas na história dos cuidados



paliativos, a primeira é Cincely Saunders, pioneira no alívio de dor e outros sintomas que acometia os pacientes na fase terminal e Elisabeth Kubler-Ross, pioneira em tanatologia (Ciência que estuda o fenômeno na morte e o morrer) em todos os seus estudos e conhecimentos, ela dizia “que o conhecimento de nada valeria se os profissionais não fossem capazes de entender os doentes e os familiares com profundidade”. (MENDOÇA, 2018, p.33)

O que Cincely e Elisabeth temem comum entre elas é a preocupação com os pacientes e seus familiares em um todo, elas sentiam e viviam constantemente com o sofrimento dessas pessoas e isso colaborou para que elas virassem referência. Em todos os momentos elas destacam os cuidados a humanização, a importância de estar sempre escutando e amenizando a dor e sofrimento e principalmente prepará-los para a fase terminal. A importância de uma equipe preparada para atender a esses pacientes e seus familiares é algo destacado por elas, pois elas sabem o quanto é importante ouvir e atender as demandas solicitadas.

Elas ressaltam ser importante entender que ali tem um ser humano, que necessita de cuidados, atenção e carinho, coisas simples, mas que fazem a diferença no tratamento e na fase final da sua trajetória. As histórias delas contribuíram muito para atualmente se está atento a forma de cuidar, não somente ao paciente em cuidados paliativos, mas a todos aqueles que necessita de cuidado. Olhar o paciente com olhos de quem cuida, de quem se preocupa, está ali presente com eles no momento de dor e de maior sofrimento, ajuda muito além de fazer diferença na vida e na hora da morte.

Um dos temas que mais discutimos nesse artigo é que cuidados paliativos traz discussões muito importantes e pouco falada no dia a dia das pessoas na sociedade. Falar ou discutir sobre a morte provavelmente não será um tema confortável, pois ela é abominável ao homem e provavelmente continuará sendo assim por algum tempo ainda. Ao olhar da psiquiatria é natural que o homem tenha esse pensamento, pois no seu inconsciente ela só pode morrer de causas naturais ou velhice, se por acaso ela vier por outros meios, será creditado que foi por intervenção maligna, algo ruim que a pessoa fez e que está sendo castigado. (KUBLER-ROSS, 1996).



Reconhecer a morte como processo natural da vida não é algo fácil de ser discutido, como foi dito anteriormente faz parte da cultura da sociedade essa negação, essa não aceitação. Portanto, nunca deixará de ser um momento muito difícil falar para alguém que ele pode morrer ou dizer para um familiar que seu ente querido pode vir a falecer diante de sua patologia. Frente situações como essa, é necessário o apoio da equipe e principalmente do psicólogo que estará de frente para acolher e escutar suas dores. As reações diante dessa notícia pode ser as mais variadas possíveis, pois cada pessoa reage de uma forma em momentos de dor, nesse sentido o profissional de psicologia deverá estar atento e preparada para ajuda.

Passado esse momento da notícia toda a equipe terá papel fundamental no decorrer da patologia, cada profissional montará sua planilha de trabalho, baseado no diagnóstico e na forma como o paciente está respondendo o tratamento. Vale informar que a planilha de trabalho de cada profissional pode sofrer alterações em qualquer momento do tratamento, como também pode ser encerrado conforme a vontade do paciente ou familiar, qualquer trabalho só pode ser realizado com o consentimento. Quando a equipe consegue desenvolver o trabalho proposto até o final, o resultado consegue ser bem acolhedor, tanto para a equipe como para o familiar que conseguiu compreender a proposta da equipe e observou o resultado junto ao paciente.

Quando uma família reconhece o trabalho da equipe é muito fortificante uma frase deixada pela filha quando se despediu do seu pai deixou claro o quanto foi importante para eles o cuidado que foi realizado “Cuidados Paliativos é tratar e escutar o paciente e a família, é dizer sim, sempre há algo que pode ser feito da forma mais sublime e amorosa que pode existir. É um avanço da medicina”. (ARANTES, 2016, p. 36). Muito gratificante saber que alguém reconheceu o trabalho desenvolvido, mais do que isso, reconheceu o objetivo do trabalho, e isso provavelmente ajudou elaborar melhor a fase de luto que irá passar.

A equipe de cuidados paliativos é composta por vários profissionais que desempenha um papel muito importante na vida do paciente e do familiar. Porém, foi destacado o profissional de psicologia, que entre todos os outros profissionais ele se destaca por acolher, escutar e ajudar nas dores psíquicas dos pacientes. Para Hermes e Lamarca (2013) o psicólogo tem papel primordial tanto na prevenção do



diagnóstico quanto durante todo o progresso da doença, cabe ao profissional amenizar o sofrimento do paciente, seja ela na ansiedade, depressão ou diante da morte (HERMES E LAMARCA, 2013)

Ter o profissional de psicologia na equipe tem contribuições tanto para o paciente e o familiar, como também para equipe. Em vários momentos do desenvolvimento do trabalho é natural se deparar em situações que o emocional da equipe está muito desgastado, abalado pelos acontecimentos do dia a dia e eles também precisam de apoio. O psicólogo pode ajudar a equipe tanto na forma individual quanto na forma de grupos, ele irá intermediar, escutar e ajuda a equipe com as demandas do trabalho, tornando os dias mais tranquilos e relação aos desgastes presenciados no trabalho.

O psicólogo tem vários papéis na equipe como foi argumentado no artigo, suas demandas são limitadas, pois dependem de alguns fatores para serem desenvolvidas, tais como ter o profissional na equipe, o paciente e o familiar não querer ser atendido por ele, ter espaço para atendimento individual o que muitas vezes é complicado no âmbito hospitalar, pode ocorrer do paciente vim a óbito antes mesmo do trabalho começar ou durante processo de iniciação, e outras intercorrências no processo da doença. Independentemente da situação o psicólogo estará ali preparado para escutar e atender a todos que dele precisar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar o tema cuidados paliativos é uma oportunidade de propagar mais sobre esse cuidado que está sendo realizado no ambiente hospitalar, mais que ainda é tabu para algumas pessoas. Como foi descrito no artigo falar sobre morte não é algo fácil e muito menos algo que as pessoas gostam de falar no seu dia a dia. Porém diante de algumas situações é necessário falar sobre isso, é nessa hora que se observa a dificuldade tanto de falar como também de ouvir, aliás ninguém gostaria de ouvir que seu ente querido vai morrer, como também ninguém que ser portador da notícia que aos cuidados dos homens não tem mais nada que poderá ser feito para evitar que a morte aconteça.

Situações como essa acontecem diariamente para quem trabalha na área da saúde, o que não quer dizer que todos lá estão preparados para lidar com esse



momento. Cada pessoa tem sua história, suas convicções e crenças, que alteram a forma de lidar com essas vivências, conforme as coisas estão acontecendo eles estão criando formas para vivenciá-las formas de ajudar as pessoas que passarão por esse momento. Ter uma equipe preparada e que gostar da arte de cuidar do próximo tem feito muito a diferença na vida de quem está passando por esse momento de terminalidade.

Assim como na saúde tem pessoas que não conseguem lidar bem com a terminalidade, muitas pessoas na sociedade também apresentam essa dificuldade, e cabe aos profissionais qualificados informar e propagar essas informações. Saber qual o melhor caminho para seguir diante de uma doença terminal faz com que o paciente sofra mesmo e isso conta muito na sua trajetória. Diante de uma doença terminal que o paciente se encontra na paliatividade, é natural que a equipe procure a família desse paciente para conversar e explicar o que é cuidados paliativos, tirar dúvidas e quebrar alguns tabus que envolve o trabalho. Vale sempre ressaltar que cuidados paliativos não antecipam e nem prolongam a hora da morte, e sim trabalha medidas de conforto para o paciente durante todo momento até a morte.

Diante das dificuldades, barreiras e desafios já mostrados aqui nesse artigo, vale a pena ver o resultado desse trabalho, acompanhar a trajetória de uma família que se encontra diante da morte do seu ente querido e ver que ele conseguiu compreender todo o trabalho realizado e saiu dali feliz porque viu seu familiar sendo bem assistido. Infelizmente não são todos os que compreendem esse processo e acaba por fazer escolhas que colocam o paciente em situação de sofrimento, não porque eles querem ver seu ente sofrer, mais na angústia de querer ver eles vivos, e muitas vezes por não saber qual o melhor caminho a seguir, acaba que prolongando essa dor.

Escolher trabalhar cuidados paliativos como tema desse artigo, além de propiciar um momento de levar informações sobre os cuidados, também foi uma forma de aprofundar mais sobre o tema e compreender o quanto é importante saber cuidar e quanto está próximo das pessoas e dos familiares nesse momento tão triste, pode fazer uma diferença que não é possível medir, pois ter alguém para te acolher no momento de dor, não tem dinheiro no mundo que pague. Cuidar da dor do próximo é algo muito gratificante, pois se tira a pessoa do fundo do poço e a recolocá-la de novo na realidade. Auxiliar alguém a ressignificar sua trajetória que foi



baqueada por uma doença ou outra situação que colocou ele naquela posição, é papel do profissional de psicologia, que conforme já descrito anteriormente, tem um papel fundamental na equipe de cuidados paliativos e na vida de quem está sendo cuidado.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que a pena viver**. 1. ed. – Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

BIFULCO, Vera Anita; Caponero, Ricardo. **Cuidados Paliativos**. Conversas sobre a vida e morte na saúde. Editora Manole LTDA, 2016. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520452592/pageid/72>. Acesso em: 13 jun. 2020

CARDOSO, Daniela Habekost, et al. Cuidado na fase terminal: dificuldades de uma equipe multiprofissional na assistência hospitalar. **av. doente**. Bogotá, v. 31, n. 2 P. 83-91, julho de 2013. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000200009&lng=en&nrm=iso>. acesso em 01 de maio de 2021.

CATERINA, Marlene de Carvalho. Modulo 28. O luto: Perdas e Rompimentos de vínculos. Associação Psicanalítica do Vale do Paraíba. São Jose dos campos 2016. Disponível em: www.apvp-psicanalise.com



CONSOLIM: Leonardo de Oliveira et al. A equipe de cuidados paliativos. org. Ricardo Tavares de Carvalho: Henrique Afonso Passos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2 ed. amp. e aum. São Paulo: Agosto, 2012. 592 p.

DOMINGUES, Glaucia Regina et al. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicol. hosp. (São Paulo)**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 02-24, jan. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2020.

EIZIRIK, Cláudio Laks; KAPCZINSKI, Flavio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O ciclo da vida humana**. Uma perspectiva da psicodinâmica. Editora Artmed. 2001, reimpressão 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Método e Técnicas de Pesquisa Social**. 6º edição, Editora Atlas. São Paulo, 2008.

GIL. Antonio Carlos: **Como elaborar projetos de pesquisas**. 5ª edição. São Paulo. Editora Atlas S.A, 2010.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jun. 2020.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. Editora Martins Fontes, São Paulo, 1996.

LUCENA, LL, Batista JBV, Rodrigues MSD, et al. Cuidados Paliativos na Terminalidade: Revisão Integrativa no Campo da Psicologia Hospitalar. *Rev Fun Care Online*. 2020. jan./dez.; 12:1253-1259. DOI:

MACIEL: Maria Goretti Sales. Avaliação do paciente em cuidados paliativos: org. Ricardo Tavares de Carvalho: Henrique Afonso Passos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2 ed. amp. e aum. São Paulo: Agosto, 2012. 592 p.

MELO, Anne Cristine de; VALERO, Fernanda Fernandes; MENEZES, Marina. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 14, n. 3, p. 452-469, nov. 2013. Disponível



em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2020.

MENDOÇA, R. K. Princípios dos cuidados paliativos. Sagar Educação S.A. Grupo A, 2018. 9788595027558. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595027558/>. Acesso em: 28 Mar 2021

NUNES: Luana Viscardi: A equipe multiprofissional em cuidados paliativos. O papel do psicólogo na equipe. org. Ricardo Tavares de Carvalho: Henrique Afonso Passos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2 ed. amp. e aum. São Paulo: Agosto, 2012. 592 p.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9443. Acesso em 11 abril. 2021.

PAIVAetal. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Rev. Bioét.** Brasília, v. 22, n. 3, p. 550-560, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2020

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2020.
RODRIGUES, I. G.; ZAGO, M. M. F. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 5, p. 031-038, 30 maio 2012.

SAPORETTI: Luiz Alberto. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. org. Ricardo Tavares de Carvalho: Henrique Afonso Passos. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2 ed. amp. e aum. São Paulo: Agosto, 2012. 592 p.

SILVARES, Edwirges Ferreira de Mattos; JUNIOR, Francisco Baptista Assupção ;PRISZKULNIK, Leia. Fundamentos de Psicologia. **A morte e existência humana. Caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção**. Editora Guanabara Koogan, 2008. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-1992-6/first>>. Acesso em: 13 junho de 2020.



Anexo 1.

Figura 2 - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton – ESAS

Avaliação de sintomas	
Paciente:	Registro:
Preenchido por:	Data:
Por favor circule o nº. que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas)	
Sem DOR =	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 = Pior dor possível
Sem Cansaço =	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 = Pior cansaço possível
Sem Náusea =	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 = Pior náusea possível
Sem Depressão =	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 = Pior depressão possível
Sem Ansiedade =	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 = Pior ansiedade possível
Sem Sonolência =	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 = Pior sonolência possível
Muito Bom Apetite =	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 = Pior apetite possível
Sem Falta de Ar =	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 = Pior falta de ar possível
Melhor sensação de =	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 = Pior sensação de bem estar possível

Anexo 2

Anexo 2

Figura 1 - Palliative Performance Scale - PPS:

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa

33

90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para os hobbies/trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional.	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo	Incapacitado para qualquer trabalho. Doença	Assistência consi-	Normal ou re-	Completa ou períodos

Anexo 3

Figura 3 - Plano de Cuidados

SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS	PLANO DE CUIDADOS
NOME:	Idade: Sexo: Prontuário:
Cuidador:	
Médico: CRM:	Nº CP: Data:
Diagnósticos:	PPS inicial: PPS atual:
1	
2	
3	
4	
5	
6	
ESAS: Escala de Avaliação de Sintomas de Ed- monton	Medicamentos:
DOR = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	1.
FADIGA = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	2.
NÁUSEA = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	3.
DEPRESSÃO = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	4.
ANSIEDADE = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	5.
SONOLÊNCIA = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	6.
FALTA de APETITE = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	7.
FALTA de AR = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	8.
MAL-ESTAR = 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10	9.

