

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

Cuidados paliativos em mulheres de 40 a 50 anos em oncologia: uma contribuição da psicologia.

Suzana, Bezerra De Menezes.

Cita:

Suzana, Bezerra De Menezes (2024). *Cuidados paliativos em mulheres de 40 a 50 anos em oncologia: uma contribuição da psicologia*. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/546>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/CZf>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CUIDADOS PALIATIVOS EM MULHERES DE 40 A 50 ANOS EM ONCOLOGIA: UMA CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA

Suzana, Bezerra De Menezes
Universidade Estácio de Sá. São Paulo, Brasil.

RESUMEN

Cuidados paliativos é o cuidar de pacientes que não respondem tratamentos curativos. Esses cuidados são oferecidos por uma equipe de saúde onde o psicólogo está inserido. A proposta deste trabalho é mostrar a atuação do Psicólogo em cuidados Paliativos em Oncologia na vida adulta. Foi realizado atendimento com quatro mulheres dos 40 anos até 50 anos, pacientes em tratamento Oncológico, Todas as pacientes são Universitárias com instabilidade na vida pessoal e profissional, solteiras e não tem filhos. Após um tempo em tratamento as pacientes foram colocadas em cuidados paliativos por não ter mais condições de ação de cura. Em geral, mulheres e familiares resistem ao encaminhamento por não conhecerem o cuidado paliativo. Não há consenso dos oncologistas sobre o momento mais adequado para interromper a terapia sistêmica para controle da doença. Considerações finais: as dificuldades percebidas configuram o encaminhamento abrupto, acompanhado de falsas esperanças e, muitas vezes, limitado aos cuidados no fim da vida. A prática do Psicólogo nesse contexto pode ser feita a nível individual ou grupal, através de escuta qualificada, esclarecendo dúvidas, mediação entre paciente-família-equipe. Oferecendo acompanhamento durante todo o tempo que o paciente permanecer nos cuidados paliativos, oferecendo um conforto para o medo da morte.

Palabras clave

Cuidados paliativos - Mulheres de 40 a 50 anos - Contribuição psicológica

ABSTRACT

PALLIATIVE CARE IN WOMEN AGED 40 TO 50 IN ONCOLOGY:
A CONTRIBUTION FROM PSYCHOLOGY

Palliative care is the care of patients who do not respond to curative treatments. This care is offered by a health team where the psychologist is included. The purpose of this work is to show the role of the Psychologist in Palliative care in Oncology in adult life. Treatment was carried out with four women aged between 40 and 50, patients undergoing oncological treatment. All patients are university students with instability in their personal and professional lives, single and do not have children. After some time in treatment, the patients were placed in palliative care as they were no longer capable of healing. In general, women and family members resist referral because they are not familiar with palliative care. There is no consensus among on-

cologists about the most appropriate time to interrupt systemic therapy to control the disease. Final considerations: perceived difficulties result in abrupt referrals, accompanied by false hopes and often limited to end-of-life care. The Psychologist's practice in this context can be carried out on an individual or group level, through qualified listening, clarifying doubts, mediation between patient-family-team. Offering monitoring throughout the patient's stay in palliative care, offering comfort for the fear of death.

Keywords

Palliative care - Women aged 40 to 50 - Psychological contribution

OBJETIVO GERAL: Qual a importância do Psicólogo nos cuidados paliativos em oncologia, em mulheres acima de 40 anos.

Objetivos Específicos: Identificar o que é cuidados paliativos; Procurar entender o medo dos cuidados paliativos; Analisar o comportamento das pessoas nos cuidados paliativos.

Metodologia: Mulheres dos 40 a 50 anos com tratamento de câncer, incluídas nos cuidados paliativos. Duas mulheres com tumor no cérebro, uma com tumor no intestino e uma com tumor na coluna. Todas as mulheres solteira, universitárias e moram sozinhas.

A produção e a coleta de dados foram feitas por entrevistas semiestruturadas, a partir de um roteiro com as seguintes questões norteadoras: Como foi o processo de tratamento do câncer; Do início do diagnóstico do câncer até chegar nos cuidados paliativos, como foi o processo; Como foi o processo de encaminhamento para os cuidados paliativos; ; 'Como foi o processo de tratamento do câncer. A partir da coleta de dados, foi realizado um acompanhamento durante um ano na clínica.

com tumor oncológico na cabeça, uma paciente com câncer ósseo e outra paciente com câncer de mama. Todas as pacientes moram sozinhas e não tem filhos. Atendimento na clínica, com duração de 1 ano.

Introdução:

O câncer, como doença crônica e como doença que ameaça à vida, é uma das doenças indicadas para os cuidados paliativos. O termo paliativos deriva de "paliu", palavra de origem latina

que significa manto. Portanto, paliar é cobrir, ou seja, é diminuir o sofrimento das doenças incuráveis naquele momento. Em 1990, a OMS definiu os cuidados paliativos como um: “cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. Controle da dor e de outros sintomas, entre outros problemas sociais e espirituais, são da maior importância.” (OMS, 1990).

Em 2002, o conceito foi atualizado pela OMS:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas. O psicólogo está presente na equipe de saúde e pode estar presente desde a entrada do paciente e da família no hospital, participando da comunicação do diagnóstico, do tratamento, da alta e dos cuidados paliativos. O psicólogo também deve estar presente na equipe de cuidados paliativos, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Maciel et al, 2006):

Considera-se equipe básica aquela que inclui médico e enfermeiro (a), com a cooperação de profissionais de serviço social e psicologia; equipe completa, a que incorpora profissionais de trabalho social e psicologia, além de outros (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e outros). (p.19).

Para os pacientes sem perspectiva de cura, chamados tanto de pacientes terminais quanto de pacientes fora de possibilidade terapêutica, a doença é avançada, além de incurável e a morte se apresenta como inevitável e próxima. (Camargo, 2000). Entretanto, esses pacientes podem viver horas, dias ou até mesmo meses. Por isso, são necessárias novas formas de cuidado que tem como objetivo a qualidade de vida.

O termo Cuidado Paliativo é usado, de um modo geral, para designar a atenção multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas, ou seja, atenção dispensada a pacientes fora de tratamento curativo. A palavra paliativo é derivada do latim pallium, que significa o manto que cobria os peregrinos cristãos que cruzavam a Europa em busca de perdão. Assim, também, o termo que antecedeu ao de cuidados paliativos - hospice - é derivado do latim, do qual se originaram também as palavras hospício, hospedaria, hospital, hospitalidade, hóspede e hotel. Nesta ocasião, o termo era utilizado em virtude de serem instituições mantidas pelos religiosos cristãos, que erguiam, ao longo de suas trajetórias de peregrinação, abrigos destinados aos peregrinos cansados ou doentes (Figueiredo, 2008).

Os cuidados paliativos trouxeram de volta a possibilidade de humanização do processo de morrer, o oposto da ideia da modernidade de que a morte é inimiga e deve ser combatida a qualquer custo.

A morte volta a ser vista como parte do processo da vida, e, no adoecimento, os tratamentos devem visar à qualidade de vida

e ao bem estar da pessoa, mesmo quando a cura não é mais possível. Assim, os cuidados paliativos atuam partindo do pressuposto de que o avanço da ciência pode ser usado “não só na busca da cura, mas para aliviar os sintomas e tornar mais suportável o processo de morte”. (De Marco, 2012, p. 318).

Ainda existem divergências acerca de quando indicar um paciente para cuidados paliativos. De acordo com Maciel et al (2006), pacientes com enfermidade avançada e progressiva, e/ou com poucas possibilidades de resposta à terapêutica curativa, e/ou com evolução clínica oscilante, e/ou com prognóstico de vida limitado e/ou necessidade de adequação terapêutica são indicados para os cuidados paliativos.

O modelo de cuidados paliativos, da forma como o conhecemos hoje, surgiu do movimento originado pela enfermeira, assistente social e médica inglesa Cicely Saunders, que dedicou sua vida ao sofrimento humano. Para Saunders, existia ainda algo a fazer quando os médicos achavam que nada podia ser feito. O paradigma proposto introduziu o conceito de cuidado e não na cura definitiva do paciente.

Em 1974, surge o primeiro hospice americano. Esse fato ilustra que os cuidados paliativos são bastante recentes, se considerados em relação aos demais cuidados possíveis no âmbito da saúde (Carvalho, 2012.).

Diante desse panorama, apesar do cuidado paliativo objetivar a prevenção e o alívio do sofrimento durante todas as fases da doença oncológica, incluindo a abordagem aos problemas decorrentes dos tratamentos, tanto em sobreviventes como em mulheres que acabam morrendo, estudos apontam que, na maioria dos serviços de saúde, o cuidado paliativo tem sido iniciado somente quando o tratamento modificador da doença não é mais benéfico ou possível.

Além da questão ideológica, com base na referência ao modelo biomédico e sua limitação mecanicista e determinista, infelizmente o cuidado paliativo está indisponível em muitos países, especialmente nos de média e baixa renda, o que resulta em sofrimento desnecessário. A regulamentação para implementação do cuidado paliativo no sistema de saúde brasileiro é recente, com o marco da publicação, em outubro de 2018, da Resolução do Ministério da Saúde no, que dispõe sobre as diretrizes para a sua organização, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O cuidado paliativo, especialmente em se tratando de doença oncológica avançada, pode assumir um caráter de exclusividade ao longo do itinerário terapêutico do paciente, ou seja, nesse caso, o cuidado paliativo não é associado a tratamentos sistêmicos para controle da doença ou quaisquer outros procedimentos diagnósticos fúteis, e sim estruturado com base na aceitação da evolução natural da doença, incluindo os cuidados direcionados aos pacientes em processo ativo de morte.

O cuidado paliativo, especialmente em se tratando de doença oncológica avançada, pode assumir um caráter de exclusividade ao longo do itinerário terapêutico do paciente, ou seja, nesse

caso, o cuidado paliativo não é associado a tratamentos sistêmicos para controle da doença ou quaisquer outros procedimentos diagnósticos fúteis, e sim estruturado com base na aceitação da evolução natural da doença, incluindo os cuidados direcionados aos pacientes em processo ativo de morte.

Existem critérios para a indicação de cuidado paliativo exclusivo e, dentre eles, estão o prognóstico de tempo de vida da pessoa, a avaliação de escores relacionados à qualidade de vida e a capacidade funcional. Mas, embora essas questões sejam discutidas em literatura, muitas são as dificuldades vivenciadas na prática, o que traz à tona a necessidade de produções científicas sobre o assunto (Carvalho, 2012).

Cuidados paliativos no Brasil

No Brasil, a prática dos cuidados paliativos é emergente desde o final da década de 1990. Dados oficiais da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), publicados em 2006, apontam cerca de 40 equipes atuantes e 300 leitos hospitalares destinados a esses cuidados. Por estar bastante desatualizado, referimo-nos aqui a dois Encontros Brasileiros de Serviços de Cuidados Paliativos, organizados pelo Hospital Premier nos anos 2012 e 2014 e que geraram as primeiras publicações científicas sobre o perfil de serviços no Brasil.

No Brasil, os primeiros serviços surgiram na década de 80, e é também nesse período que os hospícios ganham espaço em outros países. Assim, a história dos cuidados paliativos no País é bastante recente. O programa ainda não é disponível no Brasil de forma legal; entretanto, tem sido aplicado em leitos hospitalares ou através de atendimentos domiciliares, os serviços de home care.

O serviço se caracteriza por um programa que ajuda pacientes e familiares durante o período final da doença, servindo-os no seu próprio lar ou em leitos facilitadores, e ajuda os familiares também durante toda a fase final de doença até o luto.

O atendimento domiciliar é feito em serviços públicos e particulares, na maioria das vezes para pessoas acima de 65 anos. Trata-se de uma estratégia utilizada tanto para evitar a superlotação dos hospitais como para possibilitar maior convivência do paciente com sua família, em seu próprio lar.

O primeiro estudo foi apresentado no 13º Congresso da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, na cidade de Praga, República Checa, em 2013, e o segundo no 14º Congresso da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, na cidade de Copenhague, Dinamarca, em 2015.

Podem-se (à luz das propostas do Fórum de Serviços Brasileiros de Cuidados Paliativos, promovido pelo Hospital Premier) resumir os tópicos que compõem a linha mestra de toda e qualquer assistência voltada para os cuidados paliativos (Othero, 2010):

- Controle impecável de dor e outros sintomas;
- Conforto;
- Prevenção de agravos e incapacidades;
- Promoção da independência e autonomia;

- Manutenção de atividades e pessoas significativas para o doente;
- Ativação de recursos emocionais e sociais de enfrentamento do processo de adoecimento e terminalidade;
- Ativação de redes sociais de suporte;
- Apoio e orientação à família e cuidadores.

O encaminhamento de pacientes para a unidade de cuidado paliativo exclusivo tem início quando a equipe médica da unidade de origem (no caso, a especializada em câncer de mama) avalia o quadro clínico da mulher relacionado com a resposta da doença aos tratamentos realizados e define sua interrupção. O primeiro contato dessa mulher com o cuidado paliativo exclusivo ainda se dá na unidade de origem, logo após o encaminhamento, a partir da abordagem de um enfermeiro.

Em cada unidade hospitalar, há um polo avançado da unidade de cuidado paliativo exclusivo, em que este enfermeiro especializado em cuidado paliativo, após checagem e concordância com o encaminhamento, ratifica a indicação desse cuidado, define a modalidade de atendimento mais adequada à condição da paciente, seja ambulatorial, seja domiciliar ou internação hospitalar, e acolhe paciente e familiares, orientando sobre os objetivos do cuidado paliativo.

Nos cuidados Paliativos há uma equipe multidisciplinar como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, Psicólogos, Fonoaudiólogos e Nutricionistas. Na maioria dos hospitais realizam reuniões semanais ou quinzenais, onde procuram discutir sobre as necessidades dos pacientes, familiares e pesquisas para ampliar os cuidados.

Humanização Hospitalar na Prática dos Cuidados Paliativos

Em meio ao cenário frio da medicina tecnológica, Pessini (2002) diz ser possível e adequado para a humanização se constituir, sobretudo, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível. Aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade.

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo sejam humanizados, é preciso tanto que as palavras expressadas pelo sujeito sejam entendidas pelo outro quanto que este ouça do outro palavras de seu conhecimento. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com aqueles que nos cercam.

A preocupação com a humanização hospitalar tem como principal meta a dignidade do ser humano e o respeito por seus direitos, visto que a pessoa humana deve ser considerada em primeiro lugar. A dignidade da pessoa, sua liberdade e seu bem-estar são fatores a serem ponderados na relação entre o doente e o profissional de saúde.

O Psicólogo no cuidados paliativos

A inserção do psicólogo na equipe de oncologia é regulamentada pela Portaria SAS/MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005 (Brasil, 2005), que advoga que centros de tratamento de oncologia devem ter Serviço de Apoio Multidisciplinar, em que a área de psicologia clínica é a primeira citada, seguida de serviço social, nutrição, cuidados de ostomizados, fisioterapia, reabilitação exigível conforme as respectivas especialidades, odontologia, psiquiatria, terapia renal substitutiva.

A atuação do psicólogo no âmbito da oncologia é mais focada em apoio, aconselhamento e reabilitação, seja ela de forma individual ou grupal, facilitando a transmissão diagnóstica, a aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos colaterais, a busca por uma maior qualidade de vida e, quando se trata de pacientes em cuidados paliativos, a tentativa de melhor qualidade de morte e do morrer. Esses sofrimentos perpassam também os familiares, incluindo-os na ajuda psicológica, trabalhando seus medos e angústias, sua sobrecarga de funções e seu despreparo frente às perdas.

A contribuição da psicologia no contexto da saúde, notadamente no âmbito hospitalar, foi de extrema importância nestes últimos anos para resgatar o ser humano para além de sua dimensão físico-biológica e situá-lo num contexto maior de sentido e significado nas suas dimensões psíquica, social e espiritual (Pessini & Bertachini, 2004).

Por ser parte de uma equipe multiprofissional em cuidados paliativos, de acordo com Franco (2008), a psicologia hospitalar contribui em diversas atividades, a partir de saberes advindos ao campo da mente e das vivências e expressões da mesma, através do corpo. O autor destaca que as ações da psicologia em cuidados paliativos não se limitam ao paciente em fase final de vida, mas deve incluir a família, como parte inexplicável da unidade de cuidados, mesmo que estes tenham que ser observados em sua especificidade.

Além dessa unidade de cuidados, a psicologia também se propõe a atuar junto à equipe multiprofissional, uma vez que esta necessita manter a integridade nas suas relações e encontrar vias de comunicação que permitam a troca e o conhecimento, a partir de diferentes saberes. A psicologia coloca-se como elo entre o profissional e a unidade de cuidados, fazendo o que Franco (2008) chama de tradução entre duas culturas. Esse profissional tem como papel identificar maneiras de troca entre paciente, família e com a unidade de cuidados, objetivando a promoção de uma boa adesão aos cuidados propostos, em um nível controlado de desgaste profissional e pessoal entre essa tríade, através de uma comunicação eficiente.

No que se refere ao seu trabalho, o psicólogo pode atuar no apoio à família e também no atendimento ao paciente, possibilitando espaço para falar sobre os medos e as fantasias, sobre a doença, sobre a morte do outro e sobre a sua. (Valle, 2010).

Normalmente, cada hospital tem seus critérios de inclusão para cuidados paliativos. Um dos critérios costuma ser o câncer em

estado metastático, quando o paciente não responde às quimioterapias ou aos medicamentos de cura nem ao controle da doença. Para a OMS, os cuidados paliativos devem ter início no momento do diagnóstico de doença que ameace a vida (Carvalho, 2012).

A Psico-Oncologia é uma área de atuação multidisciplinar, mas, na maioria dos casos, em nosso país, é desenvolvida sobretudo por psicólogos. Por conta disso, Gimenes a define como “uma área de interface entre a oncologia e a psicologia, tomando por base concepções de saúde e doença inerentes ao modelo biopsicossocial” (Fonseca, 2004, p.60). Segundo a autora, a psico-oncologia surgiu à medida que profissionais da área de saúde perceberam que o tratamento do câncer sofria influência do emocional e do social dos pacientes e passaram a se preocupar com essas questões.

As questões emocionais são de grande importância, porque quando falamos de cuidados paliativos, temos que pensar que o paciente muitas das vezes não condições de demonstrar seus sentimentos principalmente de medo. Porém tem sempre a família que nós Psicólogos temos que acolher e ouvir e também explicar alguns métodos que os hospitais utilizam.

A presença do psicólogo é necessária desde a entrada do paciente e da família no hospital. O psicólogo, durante os atendimentos, é capaz de interpretar os significados e, a partir disso, trabalhar com o paciente um maior comprometimento e uma melhor compreensão da doença.

Nesse sentido, de acordo com Carvalho (2002):

“O trabalho psicológico, seja de apoio, aconselhamento, reabilitação ou psicoterapia individual e grupal, tem facilitado a transmissão do diagnóstico, a aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos secundários destes, a obtenção de uma melhor qualidade de vida e, no paciente terminal, de uma melhor qualidade de morte e do morrer.” (p. 5).

Segundo Holanda e Lage (Lage, Monteiro; 2007), é papel do psicólogo: “acolher o paciente e compreendendo sua doença, ajudando na sua elaboração da situação de crise, dando espaço para que ela expresse seus sentimentos, incentivando suas atividades produtivas (...) tornando-o ativo, juntamente com seus familiares, no tratamento e no processo de cura, melhorando sua qualidade de vida. (p. 92).

Segundo Costa Junior (2001), pode-se afirmar que o “acompanhamento psicológico do paciente e de seus familiares, em todas as etapas do tratamento, constitui elemento indispensável da assistência prestada” (p. 3).

De acordo com Antonelli (2004), apesar dos avanços científicos, o diagnóstico de câncer ainda está associado a sofrimento e à morte. Fonseca (2004) assinala que o diagnóstico de câncer é uma sentença de morte. Essa analogia garante que o câncer seja associado a uma doença que causa grande desorganização psicológica, em qualquer idade.

Assim, o psicólogo pode atuar na prevenção, no diagnóstico, no tratamento, na alta, na terminalidade e no óbito. Nesse trabalho, como dito, daremos ênfase para a atuação nos cuidados paliativos.

O psicólogo deve estar atento para as reações do paciente, da família e da equipe frente à morte do paciente e pode atuar nos diversos momentos dos cuidados paliativos, como: na decisão dos pais de quando parar o tratamento; na decisão e nas dificuldades da equipe; na conversa com o paciente sobre a morte; no apoio à família; quando a morte se aproxima e quando ocorre a morte.

Atendimentos aos familiares

Ter um paciente com uma doença grave ou em cuidados paliativos dentro de casa implica modificações na infraestrutura, bem como na dinâmica familiar como um todo. Mudanças na rotina, preocupações novas e constantes, insegurança incessante, isolamento social, estresse, cansaço físico e emocional, o medo da morte... é uma sobrecarga muito grande para a família. Os desafios são constantes, e existem consequências físicas e psicológicas consideráveis para a família. (Ferreira, 2008).

É necessário que, desde o início, seja identificado o membro familiar mais próximo, a quem comumente chamamos de cuidador. Essa identificação é necessária para que a equipe de saúde possa ter uma comunicação eficiente e capaz de planejar intervenções que possam ser eficazes. Normalmente, o cuidador é alguém da família e na maioria das vezes são mulheres.

É importante que a equipe observe e fique atenta para fazer intervenções, garantindo que a mãe tenha um diálogo aberto, com as dúvidas esclarecidas e se sentindo acolhida. Essa atenção deve se estender para os demais membros da família, que podem apresentar diversos sintomas, que vão desde os somáticos, como as doenças físicas, até a irritabilidade e a diminuição de atenção. Isso faz com que a capacidade de envolvimento, a absorção de informações e a tomada de decisão estejam prejudicadas. O psicólogo, durante atendimento, pode perceber se o familiar necessita de um apoio mais direcionado nesse aspecto.

Conversando sobre a morte nos cuidados paliativos

De acordo com Espíndula e Valle (2002), a família vive grande estresse emocional quando a criança está em fase terminal - fase em que os cuidados psicológicos devem ser redobrados.

Como relata Bromberg (2000), "a morte da pessoa amada é não apenas uma perda, como também a aproximação da própria morte, uma ameaça. Todo seu significado pessoal e internalizado".

O paciente ou a família podem viver o luto antecipatório. Esse tipo de luto pode complicar a aceitação da morte ou pode facilitar o seu entendimento, à medida que prevê tempo para aceitar a situação, sendo um aspecto positivo para o processo de luto. Observa-se, dependendo da idade da pessoa que vai morrer, o desejo de finalizar ações incompletas, solucionar problemas financeiros e administrativos, despedir-se, falar abertamente so-

bre seus sentimentos, falar o que nunca falou, realizar últimos desejos e perdoar ou pedir perdão. Tais ações não são possíveis em uma morte iminente.

O psicólogo deve atender às necessidades emocionais das pessoas envolvidas, considerando seus medos e suas ansiedades diante do sofrimento, da deterioração física e da iminência da morte. À medida que permite, ao paciente, a livre expressão de sentimentos e questões, o psicólogo facilita o processo de tomada de decisões e resoluções de possíveis problemas pendentes. A família deve ser apoiada, bem como a equipe de saúde.

Em algumas situações, quando a morte está próxima e o paciente pode ficar em casa, existem os serviços de atendimento domiciliar. Essa mudança de volta para casa representa alívio para algumas famílias, mas, para outras, acaba interferindo ainda mais na rotina familiar e causando mais sofrimento. Além disso, é importante verificar como a família lida com a possibilidade de morte em casa, pois pode desejar que os cuidados acontecessem em domicílio, mas podem não ter pensado na morte.

A família pode optar por não falar nada para o paciente sobre a possibilidade de morte. A equipe pode incentivá-la a falar, mas deve respeitar essa vontade da família, que pode pensar que o paciente não está preparado, que vai sofrer muito mais se souber e que, se souber, vai perder as esperanças.

A equipe de saúde pode passar por situações difíceis se o paciente solicitar informações ou mostrar que já sabe o que está acontecendo. O psicólogo, nesses casos, pode realizar intervenções junto a família, facilitando o processo de aceitação dos familiares e de comunicação entre família e paciente.

Conclusão

Durante as sessões, foi notório o sentimento de medo, de angústia. Sempre era verbalizado pelas pacientes, que não conseguem entender porque a vida tem que ser interrompida muito cedo.

Todas as pacientes quando chegaram no atendimento, já sabiam que estava em cuidados paliativos. Duas foram buscar apoio psicoterapêutico devido a equipe médica solicitar, porque não tem uma rede de apoio da família.

Duas pacientes buscaram a psicoterapia, apesar de uma rede de apoio dos familiares, amigos e colegas de trabalho, ainda não conseguia entender o porque e o medo da morte.

As pacientes já haviam passado por inúmeros tratamentos oncológicos, como quimioterapia, radioterapia, mas não foi possível a recuperação, tendo em vista que a maioria já estava com metástase.

Todas as pacientes são pessoas que sempre viveram para trabalhar e estudar, todas tem formação de nível superior e com instabilidade na vida profissional e pessoal. Isso ficou muito claro durante os atendimentos, que não aceitam a doença e nem a morte, porque segundo elas são pessoas ativas na sociedade. Foi notório perceber a mudança de comportamento durante os atendimentos. A princípio foi muito difícil, pois a descrença sempre aparecia nas falas e nos comportamentos.

No início duas pacientes estavam num estado de grande prostração, após um mês de atendimento, já foram mudando a forma de se vestir, de falar e até começaram a buscar leituras, conversas através da internet com pessoas em cuidados paliativos. Os atendimentos transformaram o comportamento e amenizaram o sentimento de medo.

Uma das pacientes durante os atendimentos veio a óbito. E foi acolhido a família, principalmente a mãe, que não aceitava a doença e nem a morte da filha, apesar de relatar todo o sofrimento do diagnóstico até a morte.

Considerações finais

Como foi possível observar, o psicólogo pode trabalhar com os pacientes em cuidados paliativos a qualidade de vida e a preparação para a morte. Assim, esse profissional pode estar presente no diagnóstico de cuidados paliativos, participando das decisões da equipe com a visão integral do indivíduo, conversando com a criança e os familiares sobre a aproximação da morte e planejando rituais de despedida, apoiando os pais e demais familiares durante todas as fases.

Com o aumento de pacientes encaminhados para os serviços especializados de cuidados paliativos, tornam-se necessários mais estudos na área e maior capacitação de profissionais da equipe de saúde.

Apontam-se como limitações do estudo, considerando o processo de transição de cuidados do cenário investigado, a necessidade de inclusão dos profissionais que atuam na unidade de cuidado paliativo exclusivo. Estimula-se a comparação dos resultados com outros modelos de transição de cuidados, bem como de integração precoce entre eles, de modo a contribuir para a sua operacionalização, com possíveis benefícios para outros tipos de câncer ou outras doenças que necessitem de cuidado paliativo.

BIBLIOGRAFÍA

- Brasil. Instituto Nacional De Câncer (INCA). (2007). *Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. 94p, 2007.
- Brasil. Instituto Nacional De Câncer (INCA). *Divisão de Comunicação Social. Direitos sociais da pessoa com câncer. / Instituto Nacional de Câncer. - 2 ed.* Rio de Janeiro: INCA, 2009.
- Bromberg, M. H. *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas: Editora Livro Pleno Ltda. 2000.
- Carvalho, M. M. M. J. de. *Psico-oncologia: história, características e desafios*. *Psicol. USP, São Paulo*, v. 13, n. 1, 2002.
- Ferreira N. M. L. A., Souza C. L. B., Stuchi Z. *Cuidados paliativos e Família*. *Rev. Ciência Médica*, v. 17, n. 1, p. 33-42, Campinas, jan./fev., 2008.
- Fonseca, J. P. da. *Luto antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. Campinas: Livro Pleno, 2004.
- Kubler-Ross, E. *Viver até dizer adeus*. São Paulo: Pensamento, 2006.
- Kubler-Ross, E. *Sobre a Morte e o Morrer*. 9a. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.
- Maciel, M. G. S. *Definições e princípios*. In: R. A. Oliveira (Coord.), *Cuidado paliativo* (pp.15-33). São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.
- Moretto, M. L. T. *Entre o luto e a luta: sobre a noção de sofrimento psíquico do paciente com câncer e o trabalho do psicanalista em situações limite na instituição hospitalar*. In: M. D. Moura (Org.), *Oncologia: Clínica de limites terapêuticos? Psicanálise & medicina* (pp. 352-365). Belo Horizonte, MG: Artesã, 2013.
- Pessini, L. *Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar*. *Bioética*, 10(2), 51-72, 2002.
- Pessini, L. & Bertachini, L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004.
- Santos, F.S. (Org.) *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- Silva, L. C. *Vozes que contam a experiência de viver com câncer*. *Psicologia Hospitalar*, 3(1): 1-17, 20005.
- Valle, E. R. M. do. (organizadora). *Psico-oncologia pediátrica*. 2ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.