

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

LORRANY SILVA BARREIROS

**A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA EM
PACIENTES EM FASE TERMINAL**

Paracatu

2022

LORRANY SILVA BARREIROS

**A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA EM PACIENTES
EM FASE TERMINAL**

Monografia apresentada ao curso de Graduação do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Área de Concentração: Ciências Humanas.

Orientadora: Prof^a. Msc. Alice Sodré dos Santos.

LORRANY SILVA BARREIROS

**A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA EM PACIENTES
EM FASE TERMINAL**

Monografia apresentada ao curso de Graduação do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Área de Concentração: Ciências Humanas.

Orientadora: Prof^ª. Alice Sodré dos Santos.

Banca Examinadora:

Paracatu - MG, 01 de Junho de 2022.

Prof.^a Msc. Analice Aparecida dos Santos
Centro Universitário Atenas

Prof.^a Cleverson Lopes Caixeta
Centro Universitário Atenas

Prof.^a Marden Estevão Matos Júnior
Centro Universitário Atenas

Dedico este TCC a meus pais, que sempre me incentivaram a ir mais longe. E nesta trajetória aprendi que escolhas e renúncias são necessárias para chegarmos onde queremos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, ao meu esposo, aos meus pais, às minhas irmãs e aos meus professores e em especial minha orientadora Alice Sodré. Que sempre acreditou em meu potencial, que não mediu esforços e com maestria extraiu o melhor de seu orientando.

A todos aqueles que me ajudaram direta ou indiretamente a concluir este trabalho.

E a todos aqueles que tiveram paciência comigo nos momentos de tensão e de empenho.

RESUMO

A pesquisa intitulada: “A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA EM PACIENTES EM FASE TERMINAL”, enfatizou a seguinte problemática: “O que pode fazer um psicólogo, nos cuidados paliativos, para o auxílio de pacientes em situação terminal e sua família?” Nesse sentido, buscou-se responder essa questão, acreditando que no momento da dor e da angústia a pessoa que está doente, bem como a sua família, precisam de alguém para delas cuidar, além de receber apoio mais humanizado. Assim, o psicólogo, com sua boa escuta, pode permitir que haja uma devolutiva positiva, a fim de minimizar o sofrimento emocional. O objetivo geral desta pesquisa foi: compreender o papel do psicólogo nos cuidados paliativos de pacientes em situação terminal. Seus objetivos específicos foram: compreender o que são cuidados paliativos; analisar as intervenções possíveis do psicólogo nos níveis de atenção primário, secundário e terciário, e por fim, analisar os possíveis impactos emocionais decorrentes de uma doença em estágio terminal. Estes objetivos foram respondidos por meio da análise do referencial teórico abordado e da pesquisa bibliográfica.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Assistência Psicológica. Pacientes em fase terminal. Família.

ABSTRACT

The research entitled: "THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE IN TERMINAL PATIENTS", emphasized the following problem: "What can a psychologist do in palliative care to help terminally ill patients and their families?" In this sense, we sought to answer this question, believing that at the time of pain and anguish, the person who is sick, as well as his family, needs someone to care for and receive a more humanized support. The psychologist, with good listening, can bring positive feedback in order to minimize emotional distress. The general objective of this research was: to understand the role of the psychologist in the palliative care of terminally ill patients. Its specific objectives were: to understand what palliative care is; to analyze the possible interventions of the psychologist in the primary, secondary and tertiary care levels, and finally, to analyze the possible emotional impacts resulting from a terminal illness. These objectives were answered through the analysis and light of the theoretical framework addressed, through bibliographic research.

Keywords: *Palliative Care. Psychological Assistance. End-stage patients. Family.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	8
1.2 HIPÓTESES.....	9
1.3 OBJETIVOS.....	9
1.3.1 OBJETIVO GERAL.....	9
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	10
1.5 METODOLOGIA DE ESTUDO	10
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	11
2 DESENVOLVIMENTO	12
2.1 CUIDADOS PALIATIVOS (CP)	12
2.2 INTERVENÇÕES DO PSICÓLOGO NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIO, SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO	14
2.3 IMPACTOS EMOCIONAIS DECORRENTES DE UMA DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL.....	19
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

Ao falar sobre cuidados paliativos (CP), surgem muitas indagações. Questiona-se, por exemplo: é um trabalho somente para casos sem outras esperanças, em que não há mais nada a se fazer, além de esperar a morte? Ou se pergunta: o que pode fazer um psicólogo, nos cuidados paliativos? Ainda: a assistência é só em doentes ditos “terminais”? É um trabalho respaldado na compaixão? Segundo Angerami (2017) os questionamentos são inúmeros. Apesar das constantes dúvidas, fato é que a psicologia pode desempenhar papel essencial, no sentido de auxiliar tanto o paciente quanto a família, com o intuito de tornar o processo menos doloroso.

De acordo com Marciel e outros (2012), a assistência psicológica engloba o paciente como um todo, levando em consideração todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual. Além de oferecer conforto, é um trabalho de humanização, com uma equipe multidisciplinar que trabalha na valorização da vida (AGERAMI, 2017, p. 208).

Nesse sentido, os cuidados paliativos não representam a cura, nem tampouco significam simplesmente assistir a morte; por outro lado: têm sua essência no ato de cuidar. Nem sempre se conseguirá eliminar sintomas ou mesmo resgatar a vida, mas se poderá trazer conforto e minimizar o sofrimento, ou, no mínimo, trazer um pouco de descontração e leveza. Os cuidados paliativos englobam desde alívio da dor até o trabalho de apoio às famílias, como: “não acelerar ou adiar a dor, reafirmar a vida e a morte como processos naturais, integrar aspectos psicológicos, sistemas de apoio para os pacientes e familiares, abordagem interdisciplinar” (OMS, 2002, p. 84).

Nessa perspectiva, a assistência psicológica vem para auxiliar o paciente a desentranhar o emaranhado de sofrimento em que se está envolto. Para Angerami (2017) está além da compreensão dos processos orgânicos.

De acordo com Alves e Eulálio (2011) a assistência psicológica pode estar presente nos três níveis de atenção em saúde. No primeiro nível de assistência, a atividade será de caráter mais informativo e educativo, para que o paciente possa construir um estilo de vida saudável e de forma que minimize os riscos e melhore a qualidade de vida. O psicólogo realizará atividades de orientação e esclarecimento sobre as fases e o processo de adoecimento.

No segundo nível (atenção secundária), Alves e Eulálio (2011) discorrem que o psicólogo terá práticas específicas como: realização de avaliações, psicodiagnósticos, psicoterapias, encaminhamentos, elaboração de pareceres, laudos e outros documentos. Ou seja, além da intervenção no nível 1, é dedicado ao psicólogo a parte de diagnóstico dos sofrimentos e de suas causas. As intervenções neste nível vêm para minimizar a possibilidade de abandono do tratamento e de sobrecarga familiar e o luto patológico (ANGERAMI, ed. 2017, p. 222).

No terceiro nível (atenção terciária), o psicólogo trabalhará com problemas de alta complexidade, tanto em caráter intervencionista quanto preventivo. No caráter preventivo, pode-se destacar a preparação do emocional desses pacientes e familiares, com estratégias para auxiliá-los no processo de adaptação a nova situação pós-diagnóstico (ALVES e EULÁLIO, 2011).

Segundo Angerami (2017) o discurso psicológico tem que ser simples, mas de formas sugestivo-diretivas. Isto é, deve-se buscar adotar uma postura flexível, espontânea e ativa, com reforço do ego e do mecanismo de defesa. O psicólogo também deve ter a sensibilidade de adaptar as técnicas utilizadas para cada caso, de acordo com suas singularidades próprias.

Há muitos avanços em cuidados paliativos, e a inserção do psicólogo exige técnica específica, diferenciada da clínica tradicional, trabalho em equipe e intervenções pautadas em ética e cuidado. No presente trabalho, pretende-se estudar o tema dos cuidados paliativos realizados por psicólogos, no intuito de solucionar algumas das principais indagações acerca do tema. Ainda, pretende-se estudar a atuação de profissionais da psicologia para o auxílio de pacientes em situação terminal, bem como de seus familiares, investigando, sobretudo, os três estágios de atenção possíveis.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O que pode fazer um psicólogo, nos cuidados paliativos, para o auxílio de pacientes em situação terminal e sua família?

1.2 HIPÓTESES

Quando próximas da morte, as pessoas necessitam de alguém para lhes acompanhar nos momentos de dor, criando espaço e oportunidade para que suas dúvidas, angústias, anseios e esperanças possam ser ouvidas e acolhidas, dando um significado para a experiência da morte ou, ainda, resignificando a própria vida (ESSLINGER, 2004).

Os indivíduos em estágio terminal e suas famílias necessitam se sentir amparados em suas dores, queixas, angústias e medos. Os pacientes, em especial, necessitam de alguém que escute e acolha suas queixas, auxiliando-os a compreender o significado da existência e a aceitar o processo da finitude da vida da forma mais branda e leve possível. A família também requer, sobretudo, ajuda para lidar com a sobrecarga física e emocional (ANGERAMI, 2017).

Tendo em vista todas essas necessidades, a hipótese do atual trabalho é que o psicólogo pode auxiliar bastante os pacientes em estado terminal e suas famílias, no sentido de minimizar o sofrimento emocional e melhorar a qualidade de vida, a partir de uma cuidadosa escuta. Desse modo, compreender as três estratégias de atuação dos psicólogos é fundamental.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o papel do psicólogo nos cuidados paliativos de pacientes em situação terminal e de suas famílias.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender o que são cuidados paliativos;
- b) Analisar as intervenções possíveis do psicólogo nos níveis de atenção primário, secundário e terciário e
- c) Analisar os possíveis impactos emocionais decorrentes de uma doença em estágio terminal.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Ao receber um diagnóstico terminal, a vida do paciente e das pessoas que o circundam desmorona. Essas pessoas passam a enfrentar diversos sentimentos e emoções negativas, com o surgimento de dúvidas e angústias (ANGERAMI, 2017). Ter a oportunidade de contar com um profissional que lhes escutem, lhes acompanhem e lhes amparem – sendo, em especial, um profissional treinado para tais situações – é fundamental para lidar da maneira menos dolorosa possível – física e emocionalmente.

O papel do psicólogo nesse cenário é fornecer novos rumos, valores e significados para os padrões de qualidade de vida. É capacitar o paciente a enfrentar essa situação e a redescobrir o sentido da vida, naquele momento que se está vivenciando. O psicólogo, quando consegue desenvolver boa atuação, pode acompanhar esses pacientes e entes queridos de forma humanizada, mostrando que eles não estão sozinhos e dando suporte psicológico até a chegada do fim. (ANGERAMI, 2017).

Toda essa conjuntura justifica a necessidade de melhor se compreender a atuação dos psicólogos em diagnósticos de pacientes terminais, além da enumeração de técnicas, abordagens e estratégias cabíveis.

1.5 METODOLOGIA DE ESTUDO

A metodologia utilizada para este trabalho quanto aos objetivos e procedimentos caracteriza-se como pesquisa bibliográfica baseada em consulta a livros e publicações, pois, de acordo com Gil (2010), a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado, com o objetivo de analisar posições diversas em relação a determinado assunto.

Nessa perspectiva, trata de abordagem qualitativa que tem como característica a separação do sujeito enquanto pesquisador do seu objeto de pesquisa. Para Deslauriers (1991), pesquisa qualitativa utiliza as diversas concepções de autores que pesquisam sobre o ensino, para discutir e aprofundar entendimentos sobre os dados coletados, tendo como objetivo angariar informações que sejam capazes de produzir novos conhecimentos.

Para tanto, Minayo (2001) destaca que esse tipo de pesquisa envolve um trabalho com motivos, valores, ações, crenças, por não serem reduzidos às operacionalizações variáveis. Exige-se do pesquisador informações sobre o que será pesquisado, uma vez que esse tipo de estudo descreve os fatos de uma determinada realidade.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho está dividido em quatro partes.

Na parte introdutória da monografia, são retratados aspectos metodológicos do trabalho, com noções essenciais sobre o tema.

Na segunda parte, realiza-se o desenvolvimento do trabalho, em três subcapítulos. O primeiro apresenta informações iniciais sobre o significado e as implicações dos cuidados paliativos (CP), com foco na atuação dos profissionais da psicologia. O tópico seguinte foca na análise das intervenções possíveis do psicólogo nos níveis de atenção primário, secundário e terciário, com as diferentes estratégias de atuação. Em seguida, o terceiro subcapítulo analisa os possíveis impactos emocionais decorrentes de uma doença em estágio terminal.

Por fim, as considerações finais retomam os objetivos propostos inicialmente, para salientar que estes foram atingidos, bem como confirma que a pesquisa conseguiu responder ao problema e confirmou a hipótese levantada *a priori*.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS (CP)

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu os cuidados paliativos (CP) como modalidade de assistência, a fim de aliviar o sofrimento do doente e dos seus familiares. Remedi e outros (2009) destacam que o foco desta ação é melhorar a qualidade de vida, sem, no entanto, prolongá-la por meios artificiais.

Argerami (2017) traz em sua literatura um contexto de humanização em cuidados paliativos que proporciona novo olhar crítico sobre os pacientes e sobre a formação dos profissionais para lidarem com esse tipo de situação. As práticas paliativistas emergem, levando em consideração a dignidade, a história de vida individualizada e os momentos de dor e a angústia vivida pelos doentes, familiares e cuidadores, os quais devem ser respeitados.

Segundo o Manual elaborado pelo Hospital Sírio-Libanês, em parceria com o Ministério da Saúde, cuidado paliativo é “a abordagem que visa a promoção da qualidade de vida de pacientes e seus familiares, através da avaliação precoce e controle de sintomas físicos, sociais, emocionais, espirituais desagradáveis, no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida” (MAIELLO, 2020, p. 13).

Paliativo no latim significa “manto/cobertor”, ou seja, uma proteção, segundo Floriani e Schramm (2007). Atualmente busca-se o cuidar nos sentidos amplos, na sua dimensão familiar, social, espiritual e psicológica. Assim, esse tipo de cuidar oferece uma assistência humanizada para o paciente e sua família, no período que antecede a morte (PEDREIRA, 2013).

É, portanto, uma prática que oferece atendimento que melhore a qualidade de vida, tanto do doente quanto de sua família, levando em conta o sofrimento como consequência da doença. Nesse contexto, o papel do psicólogo é destaque na atuação da equipe, enfatizando-se suas intervenções junto ao paciente e à sua família. Afirma-se que “as dores não físicas não podem ser aplacadas com medicação e necessitam de uma abordagem multiprofissional” (MAIELLO, 2020, p. 109), o que reafirma a importantíssima atuação de psicólogos nesse momento.

Nesse sentido, os profissionais envolvidos nos cuidados paliativos devem oferecer o necessário apoio, utilizando técnicas que amenizem o sofrimento psíquico

e emocional até o final da vida do paciente, enquanto, concomitantemente, fornecem suporte à família. Para Othero e Costa (2007) os profissionais precisam buscar cada dia mais competências para exercer os cuidados paliativos com conhecimento na área, e com empatia. Controlar os sintomas é fundamental para a realização de atividades que reduzam o sofrimento. Por isso, deve-se prezar pela influência no humor, no sono, e na qualidade de vida em geral.

Para Oliveira e Silva (2010) o psicólogo na equipe de cuidados paliativos oferece uma assistência harmônica, cumprindo os objetivos da atuação paliativa. Sobretudo, salienta-se que a equipe deve ser multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros e outros profissionais da área da saúde, além do psicólogo. Os profissionais da psicologia, em especial, devem estar capacitados para lidar com as angústias, medos e sofrimentos do paciente e da família.

Uma equipe de boa composição promove esforços que oferecem, de fato, cuidado mais abrangente. A psicologia, nesse sentido, irá definir uma visão da doença como pertencente ao campo da mente, bem como irá desvendar as vivências e expressões desta pelo corpo, tratando os cuidados paliativos como “um modelo terapêutico” (PEREIRA, 2013, p. 6). Segundo Othero e Costa (2007), o psicólogo também irá trocar conhecimento com a equipe e, juntos, farão um trabalho mais significativo.

Os autores ainda destacam que os envolvidos na situação poderão identificar os mecanismos comuns de defesa negativos e, com isso, favorecer a reorganização da vivência da doença, além dos recursos adaptativos, no sentido de manter o paciente o mais participativo possível no processo de tratamento, como se afirma no seguinte trecho:

Como membro da equipe multiprofissional, o psicólogo tem como função perceber e decodificar os conteúdos envolvidos na queixa, no sintoma e na patologia, possibilitando um panorama integral, além de detectar presença de desorganização psíquica geradora de sofrimento, detectar focos de estresse, e uso de mecanismos de defesa negativos, favorecendo a reorganização da vivência de doença e o uso de recursos adaptativos no sentido de manter o paciente participativo no processo (OTHERO; COSTA, 2007, p. 159).

Trazer o paciente para o foco do tratamento paliativo é fundamental, reconhecendo sua importância, dando atenção às suas necessidades e permitindo

que ele, o maior interessado, participe ativamente das escolhas, da aceitação do fim de sua vida.

De acordo com Fornazari e Ferreira (2010), na assistência ao paciente, o psicólogo pode integrar as dimensões do ser, o que inclui a espiritualidade. A maioria dos pacientes tem uma fé e encontram conforto em divindades para enfrentar a doença. Assim, esse profissional deve perceber a influência do fenômeno religioso como suporte emocional do paciente. Contudo, deve também lhe proporcionar outras expressões além da espiritualidade, que busquem dar sentido à vida e alívio do sofrimento. Essas expressões devem ser identificadas a partir da singularidade de cada indivíduo; do que lhe trará algum conforto.

Segundo Incontri e Santos (2007), trabalhar a questão da morte como um processo natural é muito importante e requer que o paciente tenha um vínculo de confiança com o psicólogo. Ainda que, com o diagnóstico da doença, torne-se evidente, presente e até palpável o fato de que a vida é um processo que possui término, é primordial que o psicólogo destaque a naturalidade desse processo.

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009), o psicólogo atua alargando a comunicação entre o paciente, seus familiares e a equipe multidisciplinar. Assim, permite que sejam identificadas as necessidades deste e da sua família, para aumentar o bem-estar dos sujeitos envolvidos.

É de fato importante conhecer os anseios e as necessidades dos elementos do grupo, para que sejam tratados assuntos pendentes, mediando oportunidades, facilitando também a relação entre estes. De acordo com Kohlsdorf (2010) uma boa comunicação oferecida pelo psicólogo auxilia muito num bom processo, diminuindo o estresse que é causado pela situação da doença. Fazendo os cuidados paliativos, o psicólogo estuda a linguagem simbólica e o que não é dito, intervém de forma ao mesmo tempo acolhedora e técnica, com empatia, permitindo que tanto o paciente quanto sua família possam confrontar conflitos internos, angústias e dores em geral, para então iniciar o processo de aceitação e superação diante da situação vivida.

2.2 INTERVENÇÕES DO PSICÓLOGO NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIO, SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO

A intervenção de psicólogos pode ser seccionada em três níveis de atenção, que serão escolhidos de acordo com a necessidade de cada situação e caso específico. Em resumo, acerca dos três níveis, define-se que:

É importante frisar que as intervenções de saúde primária objetivam a saúde geral através de ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de enfermidades; que as intervenções de saúde secundária devem voltar-se às assistências especializadas de seguimento, em que a saúde mental tem sua maior expressão. E as assistências terciárias, prioritariamente, guiadas pelas pesquisas dos processos psicossociais da saúde-doença. Ainda que englobem também os cuidados de saúde geral de pacientes hospitalizados para tratamentos de alta complexidade (ALVES; EULÁLIO, 2011, p. 83-84).

Em geral, a psicologia auxilia na busca pela qualidade de vida e bem-estar psicoemocional. Não é trabalho fácil e exige formação e capacitação. É preciso ver o sujeito, e não apenas a doença. O psicólogo necessita compreender os sintomas, as patologias e a morte na sua essência, na sua simbologia e na sua função, na vida do paciente (ARGERAMI, 2017).

Olhar o paciente como sujeito de uma vida e de uma história, e não apenas como prisioneiro de uma doença, talvez seja o componente mais importante das práticas de saúde, pois, mesmo que esta doença seja incapacitante, crônica e limitante, sempre haverá possibilidade de resgate, adaptação e de manutenção da dignidade e qualidade de vida seja psíquica ou física (ESSLINGER, 2004).

Alves e Elálio (2011) trazem a ideia de que a principal intervenção do psicólogo na equipe de saúde, mesmo que desempenhe uma função específica, deve ter uma perspectiva interdisciplinar e multidisciplinar. Isto é, todo trabalho precisa ser compreendido, planejado e executado em equipe. O psicólogo deve trabalhar com a equipe multidisciplinar e apoiar intervenções em um processo de construção coletiva.

Rodrigues e Souza (2015) destacam que o psicólogo, em um contexto hospitalar, conforta e ampara efetivamente, minimizando os sofrimentos e oferecendo novas percepções. Assim, independentemente da patologia que o paciente tenha, as emoções serão trabalhadas para que se tenha uma melhor qualidade de vida no tempo em que estiver lidando com a doença.

Na psicologia hospitalar, segundo Simonetti (2011), o psicólogo trabalha com os desejos do paciente, não promovendo a cura, mas ajudando-o a lidar com a

doença, suas dificuldades, a alcançar seus anseios e a atrair a família para esse processo.

Portanto, em síntese, a atuação do psicólogo nas práticas paliativistas “consiste em atuar nas desordens psíquicas que geram estresse, depressão, sofrimento, fornecendo um suporte emocional à família, que permita a ela conhecer e compreender o processo da doença nas suas diferentes fases” (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2583), buscando, sempre que possível, a autonomia do paciente.

Feito o panorama contextual, analisa-se mais detidamente, a seguir, cada um dos três níveis de atenção, verificando-se como a psicologia pode contribuir, sobretudo, na efetivação do trabalhopaliativista.

De acordo com Alves e Eulálio (2011) a assistência psicológica pode estar presente em três níveis de atenção em saúde, marcados por, resumidamente: (i) caráter informativo; (ii) realização de diagnósticos; e (iii) práticas intervencionistas.

No primeiro nível de assistência, suas atividades serão de caráter mais informativo e educativo, para que o paciente possa construir um estilo de vida saudável e de forma que minimize os riscos e melhore a qualidade de vida. Trata das ações em que o psicólogo realiza atividades de orientação e esclarecimento sobre as fases e o processo de adoecimento. Destacam-se duas etapas: a prevenção primária e a intervenção primária.

De início, a prevenção primária “deve estar diretamente relacionada e condicionada à promoção da saúde” (ALVES; EULÁLIO, 2011, p. 68) e deve estar centrada nos planos de educação para a saúde, buscando investir na construção de “estilos de vida saudáveis e na evitação de comportamentos de riscos” (ALVES; EULÁLIO, 2011, p. 69). De tal forma, a prevenção primária deve ocorrer antes de se verificar um problema concreto e efetivo, agindo – como o próprio nome sugere – preventivamente.

Em seguida, a intervenção primária envolve a primeira ação de saúde ante a presença de um problema. Nesse ponto, o psicólogo deve intervir diretamente sobre uma queixa detectada, ainda no início, seja individual ou coletivamente. Ainda, para uma atuação efetiva, o psicólogo deve agir interdisciplinarmente, manejando “conhecimentos teóricos e técnicos de Psicologia (clínica, comunitária e social), bem como de outras disciplinas como epidemiologia, antropologia, saúde pública/coletiva, políticas sociais, políticas públicas de saúde, indicadores do desenvolvimento

humano” (ALVES; EULÁLIO, 2011, p. 71). Retrata-se a importância deste estágio, pois, se realizado adequadamente “poderia descongestionar os serviços de saúde nos níveis especializados” (ALVES; EULÁLIO, 2011, p. 70).

No âmbito dos cuidados paliativos, por exemplo, é possível a investigação prévia de técnicas que melhorem o estado emocional e a qualidade de vida dos pacientes e dos envolvidos, e a aplicação das técnicas já no início do enfrentamento do diagnóstico.

Dentre as atividades compatíveis com o primeiro nível de assistência elencadas por Alves e Eulálio (2011), destaca-se algumas, sendo elas: atuar na saúde geral dos coletivos sociais a serem assistidos; estudar o perfil epidemiológico dos coletivos sociais sob a responsabilidade profissional, visando a elaboração de um plano de intervenção primária; fazer uso das técnicas de dinâmica de grupos; fazer interconsulta com outros profissionais de saúde; e apoiar os profissionais das escolas da comunidade sob sua responsabilidade através de orientações e da elaboração de programas de educação para a saúde e fazer encaminhamento a outros profissionais e/ou serviços tanto de saúde como sociais.

No segundo nível, Alves e Eulálio (2011) estabelecem que o psicólogo terá práticas específicas como: realização de avaliações, psicodiagnóstico, psicoterapias, encaminhamentos, elaboração de pareceres, laudos e outros documentos. Ou seja, além da intervenção no nível 1, deve o psicólogo se voltar para a parte de diagnóstico dos sofrimentos e suas causas.

A prevenção secundária será realizada nos ambulatórios ou centros de especialidades, com o objetivo de acompanhar o paciente em tratamento – físico ou psicológico –, prevenindo o agravamento da doença. De tal forma, “para atuar bem neste nível, os psicólogos da saúde devem lançar mão do conhecimento produzido através das investigações das causas e fatores associados à falta de adesão ao tratamento” (ALVES; EULÁLIO, 2011, p. 73).

As intervenções neste nível vêm para minimizar a possibilidade de abandono do tratamento e de sobrecarga familiar e o luto patológico. (ANGERAMI, ed. 2017, p. 222). É, ainda, o campo em que se utilizam as técnicas mais tradicionais da psicoterapia, concentrando-se nas assistências especializadas e na atenção aos problemas de saúde mental, conforme Alves e Eulálio (2011). De tal modo, o segundo estágio tem ampla aplicabilidade nas situações de cuidados paliativos.

Dentre as atividades compatíveis com o segundo nível de assistência, segundo Alves e Eulálio (2011), é relevante apontar as práticas de:oferecer as assistências psicoterápicas em suas várias modalidades em todas as idades;realizar psicodiagnósticos diferenciais (mediante o uso de testes ou através de diagnósticos descritivos fenomenológicos);realizar orientação e propor atividades de suporte social;atuar em conjunto com os demais profissionais de saúde e equipes de saúde básica e especializada;fazer encaminhamento de pacientes a outros especialistas e serviços; e elaborar em conjunto com a equipe multiprofissional programas de seguimento/adesão de tratamentos médicos (enfermidades crônicas, enfermidades mentais, cânceres etc.).

No terceiro nível (atenção terciária), o psicólogo trabalha com problemas de alta complexidade, tanto em caráter intervencionista quanto preventivo.

No caráter preventivo, destaca-se a preparação do emocional desses pacientes e familiares, e as estratégias para auxiliar no processo de adaptação da nova situação pós- diagnóstico(ALVES;EULÁLIO, 2011).

Em caráter interventivo, por sua vez, a atenção de terceiro nível concentra-se na pesquisa investigativa, pois o psicólogo da saúdeé responsável por investigar“os fatores biopsicossociais que intervêm na etiologia dos problemas de saúde,analisando como o entorno sociocultural afeta a saúde/doença/cuidado/vida/morte em consequência dos estilos devida” (ALVES;EULÁLIO, 2011, p. 80). É a tentativa de atuação mais efetiva e global, buscando compreender os fatores relacionais que provocam, influenciam e/ou agravam os diagnósticos, a fim de permitir atuação profissional não apenas preventiva, como também o tratamento eficaz dos sintomas e das doenças como um todo, contribuindo, no âmbito dos cuidados paliativos, para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes em estado terminal.

Ao mesmo tempo, a terceira atenção interventiva também busca atuar efetivamente junto aos pacientes internados, sobretudo em unidades de tratamento intensivo (UTI), utilizando técnicas psicoterapêuticas para buscar acalantar, diminuir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos, bem como orientar e confortar suas famílias.

Fundamental salientar, dentre as atividades enumeradas por Alves e Eulálio (2011) utilizadas na prevenção e intervenção terciária, as ações de:apoiar e orientar os pacientes hospitalizados e suas famílias;fazer consulta/interconsulta com

outras equipes de saúde; desenvolver atividades com crianças (recreação, por exemplo); preparar os enfermos para as cirurgias; assistir os pacientes hospitalizados em UTI, estimular crianças ingressadas em UTI neonatal e orientar suas famílias; além de priorizar o desenvolvimento das atividades de pesquisa dos processos psicossociais da saúde-doença.

Como abordado, em geral, deve ser priorizada atuação conjunta e multidisciplinar de diversos profissionais e equipes da saúde, para que a prevenção de enfermidades seja encarada como atividade pertinente aos diversos níveis de assistência de saúde e não somente aos serviços de assistência primária. O objetivo, assim, deve ser a compreensão do perfil epidemiológico do coletivo social assistido e a elaboração dos planos de intervenção.

Em especial, a intervenção de psicólogos mostra-se cada vez mais relevante e necessária, principalmente do ponto de vista dos cuidados paliativos, devendo o profissional conhecer muito bem os três níveis de atenção, para verificar, em cada atividade, qual estratégia será mais eficiente. Além disso, os profissionais devem buscar um preparo compatível com os procedimentos psicológicos e psicoterapêuticos para a intervenção em saúde pública/coletiva nos quadros graves, com risco de vida e, sobretudo, nos quadros de estágio terminal.

2.3 IMPACTOS EMOCIONAIS DECORRENTES DE UMA DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL

A priori, é fundamental reconhecer o hospital como um lugar onde a doença é algo corriqueiro, e onde a saúde é enfatizada a todo instante. É fato que este se torna um ambiente que sobrecarrega as pessoas emocional e fisicamente, atraindo sensações variadas para as pessoas ali presentes (MACENA; LANGE, 2008).

Além da própria carga de negatividade dos centros de saúde, durante a internação, muitos pacientes “permanecem sozinhos, não são chamados pelo próprio nome, sendo tratados e caracterizados por números ou pelo nome do diagnóstico que possuem, sendo submetidos à realização de exames e procedimentos constrangedores” (MACENA; LANGE, 2008, p. 26-27) que prejudicam a identidade pessoal.

De acordo com Quintana e outros (2006), falar da morte é trazer aflições e angústias. Logo, um paciente em estágio terminal que recebe o diagnóstico irreversível visualiza a proximidade da morte, atraindo sofrimento para si próprio e para todos à sua volta.

Embora os profissionais envolvidos devam evitar demonstrar os sentimentos de apreensão, o assunto não deixa de ser um tormento para eles enquanto seres humanos. O profissional que se insere no âmbito hospitalar também enfrenta dificuldades e põe seus questionamentos e opiniões em reflexão, pois precisa lidar diretamente com uma percepção da existência humana que somente nesse processo será colocada em questão (CAMPOS, 1995). É, pois, necessário evidenciar também os impactos do enfrentamento de doenças terminais na vivência pessoal dos próprios profissionais de saúde, incluindo a equipe de psicólogos.

Sendo assim, a psicologia hospitalar vem considerar, no ramo da ciência, a compreensão dos aspectos psicológicos sobre o adoecimento, buscando minimizar o sofrimento emocional das pessoas. De tal forma, a psicologia hospitalar busca recuperar a esperança, aplicando ações humanizadas para que seja possível lidar com as aflições, medos e angústias (AZEVEDO; CREPALDI, 2016).

O paciente terminal além de todas as dores da patologia, das questões emocionais, ainda “está afrontando todos os preceitos de negação da morte. É como se mostrasse a cada instante que a morte, embora negada de forma irascível pela sociedade, é algo existente e aceitável”(TRUCHARTE e outros, 2013, p.94-95).

O fato de morrer é certo entre nós. Todavia, quando uma pessoa se encontra no leito mortuário, há a proximidade dessa certeza, com o reconhecimento de que a vida está chegando ao fim. Para Reis (2015), um doente terminal vive uma rotina de sofrimento psicológico e físico. Nesta fase, continua o autor, os efeitos colaterais dos medicamentos são intensos, além da questão emocional que compromete a qualidade de vida.

Esses pacientes estão morrendo, e lutando para aceitar seu diagnóstico, enquanto ajustam a sua vida com a doença, preparando-se para a morte que se aproxima. As emoções são dolorosas e difíceis de serem entendidas. Segundo Kübler-Ross (1998), estes estágios promovem uma visão real da complexidade vivida até que a morte chegue.

O primeiro estágio é a fase da negação e do isolamento. Geralmente se dá no início da doença, e é quando o doente nega a gravidade do caso, podendo ou

não buscar outros profissionais para uma segunda opinião, por não acreditarem na situação apresentada. Contudo, é um sentimento passageiro.

No segundo estágio, Kübler-Ross (1998) aponta o surgimento da raiva, pela associação da doença à morte, sendo quando se instaura o medo da partida e, no caso da família, de perder alguém querido.

O terceiro estágio é um momento curto e pode nem ser observado pela equipe. Chamado de momento da Barganha, é uma espécie de momento em que se nota cada detalhe, pensa-se em cada história, numa tentativa de adiar a situação, para prolongar a vida.

O quarto estágio é apontado como depressivo, no qual o paciente se sente “prestes a perder tudo e todos quem ama. Se deixarmos que exteriorize seu pensar, aceitará mais facilmente a situação e ficará agradecido aos que puderam estar com ele neste estado de depressão sem repetir constantemente que não fique triste” (KÜBLER-ROSS, 1998, p. 93-94).

No quinto estágio, a aceitação aparece. É um momento em que as pessoas que são próximas dos doentes precisam de apoio para aceitar o sentimento de dor, e também para ajudar o paciente a também suportar esse momento.

Para Callanan e Kelley (1994) é primordial saber identificar cada estágio para contribuir da maneira correta, não causando mais dor ao paciente e nem frustração com a experiência dolorosa que vive. A família, por conseguinte, também possui dificuldades, dores e angústias e se sente incapacitada diante da situação. Por isso, também precisa aprender a expressar, compreender, aceitar e lidar com seus sentimentos. Como retratado, as pessoas envolvidas em situação de fase terminal, comumente encontram-se fragilizadas e precisam de muita atenção, independentemente do estágio e das sensações que sentirem. O quadro degenerativo faz com que o paciente precise de sentimentos de dedicação e gentileza. Por vezes discriminado ou rejeitado nas situações mais diversas, ele precisa variar as atividades, para não se sentir desacreditado, mas viver bem nos últimos momentos.

Estudiosos afirmam que o paciente terminal também sofre com preconceitos e rótulos, além dos preceitos de negação da morte, pois “como se mostrasse a cada instante que a morte, embora negada de forma irascível pela sociedade, é algo existente e inevitável (TRUCHARTE e outros, 2013, p.95).

É intrigante a maneira como se lida com a realidade da morte nos casos de risco à vida do paciente. Nos casos terminais, em especial, essa abordagem é constante. Partindo desta realidade, Vieira (2010) enfatiza que os hospitais precisam estar preparados, com equipes para oferecer apoio necessário aos pacientes e a seus familiares.

Para Macieira (2001) é preciso ter maturidade quando se está ao lado de um paciente terminal, pois além do medo da morte, a solidão, a falta de esperança e a dificuldade de comunicação são evidentes. Quando um paciente é dito como em fase terminal, ele passa por alguns estágios de sentimentos, como retratado, até a chegada da sua morte. Nesse sentido, Campos (1995) destaca o fundamental papel do psicólogo, promovendo a reflexão de que a morte existe e precisa ser enfrentada, estimulando a ideia de que viver ainda é preciso, e disseminando a aceitação – embora difícil – da ideia de que é necessário morrer, da mesma forma em que precisamos descansar. Em casos assim, há uma luta contra o tempo, e o profissional precisa estar atento para ouvir o paciente e sua família, levando o conforto necessário.

Logo, é preciso evidenciar o atendimento humanizado pela equipe multiprofissional e, sobretudo, a intervenção do psicólogo, para agregar conhecimentos e percepções sobre o paciente e membros familiares. Segundo Lange (2008) humanizar é resgatar a importância dos aspectos subjetivos e sociais, que não se separam dos aspectos físicos na intervenção em saúde. É respeitar o outro e, nesse contexto, dar um atendimento baseado na ética, no respeito e no acolhimento.

Neste sentido Truchartee outros (2013, p. 105), comentam:

O contato com o paciente terminal questiona, de maneira profunda e crucial, muitos valores da essência humana. Tudo passa a ser questionado por outra ótica, e muitas coisas tidas como verdadeira e absolutas passam a ser consideradas sem a menor importância; e outros fenômenos, tidos como muito pouco significativos, tornam-se verdadeiramente significativos, ocupando de forma globalizante o sentido existencial, de tal forma que se transformam na essência e no sentido da própria vida. O mais significativo nessa vivência é a constatação de que o paciente terminal nos ensina uma nova forma de vida, uma nova maneira de encarar as vicissitudes que permeiam a existência, uma forma de vivência mais autêntica, na qual os valores decididamente sejam preservados em detrimento de aspectos meramente aparentes, que, na maioria das vezes, permeiam as relações interpessoais.

O cuidar humanizado demanda da equipe multidisciplinar empenho dos profissionais para transpor barreiras. Segundo Campos (1995), a necessidade de abordar um tema voltado para o atendimento que vise a humanização é primordial para que haja avanço na qualidade do contato humano.

Em resumo, a psicologia hospitalar, nesses casos, trabalha com os desejos, anseios, e dificuldades do paciente em fase terminal, capacitando-o a lidar com o diagnóstico de forma menos dolorosa. Com a família, o profissional irá mediar e também amparar, para que o momento estressante e desgastante possa ser melhor compreendido diante das possibilidades. A proximidade do psicólogo, em suma, conforta e capacita efetivamente a família e o paciente, promovendo novas percepções; auxilia nas expectativas; contribui na mediação de conflitos; bem como minimiza o sofrimento evidente em casos de diagnóstico de fase terminal.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou a importância da assistência psicológica em pacientes em fase terminal, tema esse bem apresentado por meio da análise e reflexão da literatura. Os objetivos apresentados inicialmente foram alcançados, a hipótese pode ser comprovada e o problema conseqüentemente, foi respondido.

Opsicólogo ao integrar uma equipe de cuidados paliativos busca estratégias para ajudar o paciente e sua família no enfrentamento das experiências emocionais intensas vivenciadas na fase de terminalidade da vida. Este tem um papel muito importante, contribuindo significativamente para a vida dos sujeitos que envolvidos.

Trabalha como facilitador, mantendo como foco o doente e não na doença, e promove a melhora na qualidade de vida do paciente, diminuindo o sofrimento. Uma das finalidades do atendimento psicológico em situações assim é mostrar ao paciente que o momento vivido precisa ser compartilhado, e assim o profissional trabalhará os sentimentos e sofrimentos psíquicos, para então favorecer a ressignificação desta experiência.

Compreender o paciente, minimizando seu sofrimento emocional e o de sua família é recuperar a esperança e buscar compreensão e aceitação de forma humanizada. Assim, é fundamental ver a psicologia com foco no atendimento hospitalar, sobretudo no acompanhamento de situações de fase terminal, que envolvem as mais diversas aflições e afeta a capacidade de suportar um diagnóstico irreversível, tendo que lidar com a inevitabilidade da morte.

A humanização nos ambientes hospitalares, com a intenção de suprir as necessidades materiais e psicológicas, é toda uma soma de valores, fazendo com que o paciente terminal seja confortado e não vitimado por sua patologia. É, sobretudo, importante humanizar as condições de vida do paciente terminal, assegurando a condição de morte e vida dignas.

A atuação dos psicólogos, em síntese, deve considerar três níveis de atenção, voltados, inicialmente, para a promoção da saúde e à prevenção de enfermidades; em segundo lugar, voltados à assistências especializadas de seguimento, com destaque para as preocupações e valorização da saúde mental; e, por último, nas assistências terciárias, prioritariamente, guiadas pelas pesquisas dos

processos psicossociais da saúde-doença e para os cuidados de saúde geral de pacientes hospitalizados para tratamentos de alta complexidade.

Portanto, é importante destacar que os profissionais de psicologia devem atender conforme a necessidade do paciente e de sua família, dispondo de técnicas para isso. Nesse sentido, salienta-se que o aconselhamento aos familiares, a verbalização, o apoio ao doente e a sua família, enfim, os cuidados paliativos em geral reduzem o sofrimento emocional, melhoram a qualidade de vida dos entes envolvidos e auxiliam na compreensão e aceitação da morte.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

AGERAMI, Valdemar Augusto. **E a psicologia entrou no hospital**. Belo Horizonte: Artesã, 2017.

ALVES, Railda Fernandes; ELÁLIO, Maria do Carmo. Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde. **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande: EDUEPB, 2011, p. 65-88. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/z7ytj/pdf/alves-9788578791926-03.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

AZEVÊDO, A. V. dos S.; CREPALDI, M. A. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estudos de Psicologia**. Campinas, out./dez. 2016, v. 33, n. 4, p. 573-585.

CALLANAN, M.; KELLEY, P. **Gestos Finais: Como Compreender as Mensagens, as Necessidades e a Condição Especial das Pessoas que estão morrendo**. Tradução de Mirna Pinsky. São Paulo: Nobel, 1994.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar: A Atuação do Psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

DESLAURIERS, J.-P. **Recherche qualitative- Guide pratique**. Montreal: McGraw-Hill, 1991.

ESSLINGER, Ingrid. **De quem é a vida, afinal?: Descortinando os cenários da morte no hospital**. 3.ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2272-2080, set. 2007.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/Espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 265-272, abr./jun. 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/?lang=pt>>. Acesso em: 26 abr. 2022.

INCONTRI, D.; SANTOS, F. S. **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista, SP: Comenius, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Cuidados paliativos**, 25 jun. 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controlado-cuidados-paliativos#:~:text=Segundo%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da,a%20vida%2C%20por%20meio%20da>> Acesso em 28 fev. 2022.

KOHLSDORF, M. Aspectos psicossociais no câncer pediátrico: estudo sobre literatura brasileira publicada entre 2000 e 2009. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 271-294, ago. 2010.

KÜBLER–ROOS. E. **Sobrea Morte e o Morrer**: O que os Doentes Terminais têm para Ensinar a Médicos, Enfermeira, Religiosos e aos seus Próprios Parentes. 8ed. Tradução Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LANGE, Elaine Soares (org.). **Contribuições à Psicologia Hospitalar: Desafios e Paradigmas**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2008.

MACENA, C. S. de; LANGE, E. S. N. A incidência de estresse em pacientes hospitalizados. **Psicologia Hospitalar**, v. 6, n.2, p. 20-39, 2008.

MACIEIRA, R. C. **O Sentido da Vida na Experiência da Morte**: Uma Visão Transpessoal. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MAIELLO, A. P. M. V. *et al.* D'ALESSANDRO, M. P. S.; PIRES, C. T.; FORTE, D. N. (orgs.). **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2022.

MARCIEL, M.G.S. *et al.* **Critério de qualidade para os Cuidados Paliativos Brasil**: Documento Elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP]. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2016.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, A. C. de.; SILVA, M. J. P. **Autonomia em cuidados paliativos: Conceitos e percepções de uma equipe de saúde**, São Paulo, Acta Paul Enferm, v.23, n. 2, p. 212-217, 2010.

OTHERO, M. B.; COSTA, D. G. Propostas desenvolvidas em cuidados paliativos em um hospital amparador – terapia ocupacional e psicologia. **Revista prática Hospitalar**, a. 9, n. 52, p. 157-160, jul./ago. 2007.

PEDREIRA, Carla S. Assistência Psicológica Humanizada à pacientes oncológicas: Cuidados Paliativos. **Psicologia.pt**: O Portal dos Psicólogos, 2013. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0735.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2022.

QUINTANA, Alberto Manuel; KEGLER, Paula; SANTOS, Maúcha Sifuentes dos; LIMA, Luciana Diniz. Sentimentos e Percepções da Equipe de Saúde frente ao Paciente Terminal. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.16, n. 35, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a12.pdf>> Acesso em: 02 mar. 2022.

REIS, Luiza Costa. **Agusvinnus Criminalização do Suicídio Assistido: Violação da Dignidade da Pessoa Humana**. Buenos Aires. n.1, p.136-169. jan. 2015.

REMEDY, P. P.; MELLO, D. F.; MENOSSE, M. J.; Lima, R. A. G. Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.1, p. 107-12, fev. 2009.

RODRIGUES, Eliane Souza Rodrigues; SOUZA, Mônica Maria Martins de. A Inclusão dos Pacientes em Estado Terminal pelo Viés da Atuação da Psicologia Hospitalar. **Anais do II Seminário Internacional de Integração Étnico-Racial e as Metas do Milênio**, v. 1, n. 2, 2015.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença**. 1ª Reimpressão, Editora Casa do Psicólogo, 2011.

THUCHARTE, Fernanda Alves Rodrigues. *et al.* Valdemar Augusto (org.). **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. 2 ed. rev. e ampl. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

VIEIRA, Lamarquilliana Neiler Laceda. **A Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar**. nov., 2010. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-atuacao-do-psicologo-no-contexto-hospitalar>> Acesso em 02 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.