



Publicada



2022

INTERVENÇÃO DA PSICOLOGIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS¹

GONÇALVES, Bruno Marinho - brunomarinhogon@gmail.com²

MOREIRA, Lucas - lucasmoreira34@hotmail.com

RODRIGUES, Luzia Assis de Souza - luziaassisdesouzarodrigues@gmail.com

SOUZA, Rayssa Rodrigues de - rayssa.de.souza2001@gmail.com

ROCHA, Savia Felipe da - saviafeliperocha@gmail.com

SANTOS, Thiago Dantas dos - thiagodantas3111@gmail.com

REIS, Yanca Azevedo dos - yanca.azevedo@outlook.com

Orientadora: Prof^a Dra. Andréa Batista Magalhães³

RESUMO

O uso dos cuidados paliativos vem crescendo e juntamente a necessidade da orientação a profissionais e sociedade. Seu impacto nas causas e nos alívios dos sintomas colabora consideravelmente para uma “boa morte”. Para aprofundar essa relação, formulam-se os seguintes objetivos de pesquisa: a) orientar sobre o que é os cuidados paliativos e o impacto causado na saúde; b) conceituar a ortotanásia, distanásia e eutanásia; c) apresentar a atuação dos psicólogos nos cuidados paliativos; d) a construção da equipe multidisciplinar. Foi realizado uma pesquisa bibliográfica quanto a fundamentação teórica, além disso foi feita uma entrevista com um psicólogo e profissional de Cuidados Paliativos. Obteve-se uma

¹ Projeto de Pesquisa apresentado ao Estágio Básico II do Curso de Psicologia

² Graduados em Psicologia pela FACUNICAMPS

³Dr^a em Psicologia da Saúde, professora UNIVERSO

compreensão o conjunto de construto para ser ter uma “boa morte” e conclui-se a importância dos profissionais capacitados, a família e paciente envolvidos e participativos do processo.

PALAVRAS-CHAVES: Cuidados Paliativos, Morte, Dor, Multiprofissional.

1 INTRODUÇÃO

A cultura dominante dos serviços de saúde da sociedade tem como principal objetivo a cura da doença. O que se torna difícil o acompanhamento e o tratamento dos doentes incuráveis e com sofrimento intenso, pois, o que predomina é o carácter de cura ou a prevenção das doenças. A organização Mundial de Saúde considera os cuidados paliativos uma prioridade dentro do âmbito da política de saúde, uma vez que o número de pessoas com doenças crônicas vem crescendo. Martinho & Sapeta (2015).

Os cuidados paliativos têm como base uma estrutura diferente para falar de morte, onde é assegurado através de uma prática multiprofissional sobre a necessidade das pessoas doentes, principalmente quanto aos controles da dor. O grande desafio de cuidados paliativos é de permitir ao paciente uma vida com mais qualidade diante da própria morte. (Porto e Lustosa, 2010).

Para Pessini (2002) Este cuidado é uma chance preciosa para nos deixar tocar em nossas sensibilidades e nos humanizar no processo e sobretudo, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível. E esse olhar com os devidos cuidados pode

despertar no ser humano um sentimento de confiança e solidariedade.

Ver diante do cuidado paliativo uma possibilidade de morrer com dignidade o que é algo muito importante para os dias de hoje, que é falar sobre a qualidade de vida no processo da morte e prolongamento da vida o que deveria ser uma complementariedade e acaba muitas vezes sendo uma relação de antagonismo. É fazer tudo que é possível dentro do tolerável (Porto e Lustosa, 2010).

Para Figueiredo (2008) apesar das inúmeras discussões que o tema trás, o mais relevante é o desafio ético e considerar as questões não resolvidas enquanto uma vida digna antes de uma qualidade digna de morte. Pois, para considerar uma qualidade de morte é necessária uma qualidade de vida, onde deve incluir todos os aspectos do indivíduo bem como, sociais e psicológicos dentro das perspectivas médico-hospitalar e físico-biológico.

Apesar de ser uma certeza para todos a morte ainda assusta, e o paliativíssimo preconiza a aceitação da condição humana frente à morte, que tem como objetivo oferecer ao paciente fora das possibilidades de cura, aos seus familiares e amigos, uma maior condição

ao entendimento de sua finitude, pois, a morte não é uma doença a ser curada, mas sim, o fim do ciclo vital. Está prática deve ter como prioridade os desejos do paciente, o que este realmente quer, respeitando todos os envolvidos bem como os familiares e todos os envolvidos no processo, por este motivo a comunicação adequado é fundamental. Melo Et al (2013).

Para figueiredo (2008) no Brasil houve um crescimento considerável sobre cuidados paliativos. Ainda para o autor, universidades, cursos de graduação e pós deveriam abordar em suas grades a temática dos cuidados paliativos, pois a

falta de conhecimento ainda faz com que médicos fiquem preocupados ao colocar este assunto em pauta, pois devido à falta de conhecimento da população o médico pode ser mal interpretado ou até mesmo confundido com praticante de eutanásia.

Na Contemporaneidade os profissionais se dedicam a tornar o fim da vida do paciente um momento digno, o que é chamado de filosofia de morte. Como este assunto ainda é uma dificuldade para o ser humano, este pode demorar um bom tempo para se estruturar no mundo todo, Hermes & Lamarca (2013).

2 CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS (2020) Cuidados paliativos refere-se à atuação para melhorar a qualidade de vida de pacientes (sejam adultos ou crianças) e seus familiares que enfrentam adversidades particulares a uma doença potencialmente fatal. Sendo componente crucial dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas.

Os programas de cuidados paliativos de acordo com a OMS (2020) utilizam a equipe multiprofissional para amparar os pacientes e seus cuidadores. Eles intervêm e amenizam o sofrimento através da identificação precoce, avaliação e tratamento correto da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais.

De acordo com a OMS (2020) há muitas doenças que necessitam destes serviços, grande parte dos adultos que sofrem de doenças crônicas estão ligadas a doenças cardiovasculares (38,5%), câncer (34%), doenças respiratórias crônicas (10,3%), AIDS (5,7%) e diabetes (4,6%) e existem outras condições podem exigir cuidados paliativos, como, insuficiência renal, doença hepática crônica, esclerose múltipla, doença de Parkinson, artrite reumatoide, doenças neurológicas, demência, defeitos de nascença e tuberculose resistente a drogas.

Os CP oferecem um procedimento de assistência para auxiliar os pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte

2.1.1 MORTE E OS CUIDADOS PALIATIVOS

Para Porto e Lustosa (2010) o nascer compreende-se que a morte faz parte de todo o processo da vida humana e natural da perspectiva biológica. O significado da morte altera pelo decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas, com isso, onde a doença é vista como um castigo e a morte como um fim trágico.

Segundo Matsumoto (2012);

O Cuidado Paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida.

Segundo Porto e Lustosa (2010) no decorrer da história o homem procura compreender a morte tanto antes quanto após, principalmente sendo um ato final da vida, sendo igualada a todos, despeito de credo, status social, idade, ideologias, nacionalidade, psíquicas, culturais etc.

O cuidado paliativo é usado em pacientes que estão fora de tratamentos curativos por uma equipe multiprofissional, com o objetivo de oferecer uma morte digna, ou seja, a preocupação não será com a cura, mas com o alívio dos sintomas (físicos, emocionais, espirituais, sociais e morais), Porto e Lustosa (2010).

Segundo Matsumoto (2012);

Enfatiza-se desta forma que Cuidado Paliativo nada tem a ver com eutanásia, como muitos ainda querem entender. Esta relação ainda causa decisões equivocadas quanto à realização de intervenções desnecessárias e a enorme dificuldade em

prognosticar paciente portador de doença progressiva e incurável e definir a linha tênue e delicada do fazer e do não fazer. Um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares nos ajudarão nas decisões. Desta forma erraremos menos e nos sentiremos mais seguros.

Efetuada o controle dos sintomas da mente, corpo, espírito e do social, com o foco de cuidar e não mais curar.

2.1.2 PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo CARVALHO e PARSONS (2012) existem nove princípios nos cuidados paliativos, em 1986 a OMS publica estes, que referenciam a atuação das equipes multiprofissionais de Cuidados Paliativos e sendo reafirmados em 2002 pela revisão:

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
3. Não acelerar nem adiar a morte;
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;

6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

2.1.3 OS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

Hermes e Lamarca (2013) ressaltam que os cuidados paliativos no Brasil iniciaram na década de 1980, tendo seu primeiro registro em Rio Grande do Sul em 1983, posteriormente em Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 1986, e logo após em Santa Catarina e

2.2 INTERVENÇÕES COM A FAMÍLIA

Quando é ressaltado o termo cuidado paliativo é compreendido que o cuidado e a intervenção são apenas voltados paciente em estado terminal; com tudo, a família tem uma representatividade de grande valor ao apoio ao processo dos cuidados e intervenção. (ISABEL GALRIÇA NETO Rev.

Paraná. E principalmente destacando o Instituto Nacional do Câncer – INCA, do Ministério da Saúde, que inaugurou em 1998 o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos Cuidados Paliativos, onde possuem 56 leitos de enfermagem, pronto-atendimento, ambulatório e internação domiciliar, com recursos excelentes e formação prática da Medicina Paliativa.

Sendo criada em 1997 a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) composta de um grupo de profissionais interessados na divulgação dos princípios do CP no Brasil. Já em fevereiro de 2005 foi criada a Academia Nacional de Cuidados paliativos (ANCP) com o objetivo de colaborar para o ensino, pesquisa e otimização dos cuidados paliativos no Brasil, Hermes e Lamarca (2013).

Para Hermes e Lamarca (2013) mesmo que de forma lenta e percebido o crescimento da prática no Brasil, no entanto, é necessário a ampliação da temática, formação de profissionais, inclusão no currículo dos cursos de graduação e na conscientização da própria população

Port. Clín. Geral 2003). A família tem um papel de auxiliar, cuidar de se fazer presente até o último momento com o indivíduo, para que o processo possa ser concluído das formas mais “humana” possível. (Reigada.C. et al.)

“Muitas vezes a família não sabe como lidar com a doença terminal do ente querido, e isso suscita nela alterações emocionais por vezes incompreendidas na equipa. A atenção do profissional de serviço social deve ir de encontro às necessidades da família, prestando-lhe informação,

apoio e educação nos cuidados. O profissional alia-se à família na descoberta de recursos que possam promover/devolver a estabilidade e equilíbrio familiar.” (Reigada.C. et al, apud GUADALUPE, 2009).

Segundo (Reigada, C. et al, citado por TWIGG, 2010) cada indivíduo sendo ele o Doente ou família, irá compreender e passar pelo processo da aceitação de forma individual, pois cada um tem sua realidade interna. O profissional de Cuidados Paliativos nesse processo entre paciente e familiares, tem a tarefa de estabelecer a relação de ajuda para que familiares e o indivíduo doente passem

2.2.1 CUIDADORES INFORMAIS

Segundo Pires, V.L.A.2019., apud (Cerqueira,2005 apud Alves 2010) “O cuidado informal assume uma responsabilidade ética, moral, social e comunitária, bem como uma responsabilidade face ao doente, pois o ato de cuidar e acompanhar o doente com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva é uma atividade complexa com dimensões éticas,

2.3 HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR EM CUIDADOS PALIATIVOS

A humanização hospitalar, trata-se de proporcionar uma satisfação maior em todo o contexto hospitalar, com o objetivo de gerar empatia entre os profissionais da saúde, paciente e toda a sua rede de apoio, prestando um serviço digno e com

por esse processo da melhor forma possível:

[...]” os profissionais de cuidados paliativos devem também direcionar os seus esforços aos familiares e/ou pessoas relacionadas, com o objetivo de reforçar as suas capacidades e potencialidades, possibilitando assim que a família recupere a confiança, tantas vezes perdida. Esta confiança refere-se à tomada de consciência das suas próprias capacidades (do doente/família) que irão permitir transitar por este período de vida tão sobrecarregado de experiências agudas e assim para chegar à etapa da morte da melhor maneira possível.” (Reigada.C. et al apud HUDSON, 2006).

psicológicas, sociais, demográficas, técnicas, clínicas e comunitárias que exigem muito Do Cuidado informal.”

De acordo com Valéria Lúcia Alves Pires 2019., “O cuidador informal é um indivíduo que a dado momento passa a ser o principal suporte do doente com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, normalmente, acaba por abdicar da maioria das suas rotinas e atividades da vida diária, deixando muitas vezes os seus projetos de vida para trás.”. respeito que permite ultrapassar o foco da doença.

No Brasil, o contexto da assistência médica ainda é caracterizado por uma cultura que cheira o conformismo dolorista (“é assim mesmo”), como cita Pessini. L, (2009). A dor, de acordo com o dicionário significa sensação penosa, desagradável ou mágoa originada por desgosto do espírito ou do coração. De acordo com os profissionais da área,

existem dois tipos de dor, a crônica e a aguda. A dor aguda está relacionada a lesões e tende a desaparecer logo, a dor crônica é persistente por mais de 6 meses. Sabe-se que hoje, a maior recorrência para as pessoas procurar assistência primária de saúde, é a dor, sendo entre 75 e 80%, como cita Pessini, L (2009).

Quando falamos de um hospital, falamos de um ambiente hostil, estressante e desconfortável, pois se trata de um ambiente onde os pacientes estão com risco de vida ou um sofrimento profundo. A partir, podemos imaginar a dificuldade existente em promover a humanização hospitalar. Mas, existem técnicas e procedimentos que possam ser instalados para o melhor atendimento e para o ambiente. Pessini, L (2009) nos traz alguns exemplos como: visão da dor nas suas diferentes dimensões, valores éticos e a importância da qualidade de vida e a presença da equipe multidisciplinar que são fatores essenciais para a promoção da humanização hospitalar.

Em relação dos cuidados paliativos, através da humanização hospitalar, pode ser oferecido um serviço com segurança, respeito, empatia e promove um atendimento personalizado para o paciente.

Nogueira, L. C (2013) p.16 cita que:

Em instituições hospitalares a humanização é um tema que abrange muitas mudanças, englobando desde o tratamento humanizado ao paciente, passando pela readequação do ambiente para melhor recepção e qualidade da assistência prestada, até a capacitação de

profissionais através de educação permanente.

Esses são pontos de extrema importância que podem possibilitar a sensibilização e a relação entre os profissionais da saúde e o paciente. O cuidado paliativo traz a promoção da qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de um diagnóstico que ameace a vida, e a humanização hospitalar é um complemento facilitador desse processo. Além das demandas do ambiente e da profissão é necessário que o profissional tenha habilidades de percepção que podem auxiliar o procedimento.

Assim como cita Sá (2001) apud Nogueira, L.C (2013):

“... para cuidar satisfatoriamente do outro, é preciso perceber o imperceptível, ou seja, olhar e ouvir as necessidades não verbalizadas pelo cliente, mas por ele expressadas em gestos, palavras balbuciadas, olhares e outras mensagens corporais que podem ser decodificadas pelo profissional que o está atendendo.”

Por fim, a humanização hospitalar e cuidados paliativos devem caminhar lado a lado, no intuito de poder oferecer o melhor atendimento ao paciente e a rede de apoio que o cliente possui. É importante ressaltar que independente da necessidade do paciente, o atendimento deve ser humanizado, trazendo olhares de empatia, dignidade e respeito pelo momento de fragilidade do paciente. Para que isso possa ser possível, é significativo que os profissionais da área da saúde possam se conscientizar da responsabilidade de suas respectivas ocupações e proporcionar treinamentos e

motivar a reflexão de seus comportamentos e como estabelecer

3. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

No Brasil como é sabido, não é permitido eutanásia, ato de antecipar a morte. O mais praticado é a distanásia, ato de fazer muitas intervenções com o paciente afim de salvá-lo ou prolongar sua vida, porém as intervenções a serem tratadas serão em ortotanásia, ou seja, oferecer condições dignas de morte natural, sem intervenções heroicas, oferecendo ações terapêuticas apenas na medida de sua eficácia, aplicando apenas ações necessárias para o bem-estar do paciente evitando assim sofrimento extra para ele, aceitando a morte como inerência da vida. (Felix, Z. C, et al. 2013.)

As intervenções em Cuidados Paliativos podem ser realizadas com o paciente, familiares e amigos e com a equipe multidisciplinar que pode ser composta por médicos (as), enfermeiros (as), terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogo (a), dentista dentre alguns outros que podem ser acrescidos de acordo com a demanda de cada hospital. As intervenções de CP podem ser executadas no ambiente hospitalar, bem como domiciliar. Essas intervenções são planejadas e postas em prática de acordo com cada particularidade dos pacientes. Não há uma intervenção universal. Para planejamento dessas intervenções os profissionais devem acompanhar de perto a dinâmica

melhorias para que haja efeito de mudança.

desse paciente e de seus familiares frente a finitude, a aceitação da morte, aceitação da vida que se viveu, elaboração saudável do luto e todas as variáveis presentes nesse contexto. Langaro, F. (2017).

No estudo de caso de Langaro, salva o Velho (2017), é retratada o caso de Pedro, 64 anos, profissional de educação física, casado, com um casal de filhos que residiam em outras cidades. Pedro foi diagnosticado demência por corpúsculos de Lewy acidentes vasculares cerebrais prévios, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crônica, dislipidemia, apneia do sono, dor crônica por estenose medular, traqueostomia e, posteriormente, gastrostomia. De acordo com todo diagnóstico Pedro estava apto para ser inserido em protocolos de CP, e sua esposa e filhos concordaram em inclui-lo. Pedro nesse momento estava acamado e não respondia a estímulos. A equipe de CP, começou a acompanhá-los, observar as dinâmicas de paciente-família e tiveram grande importância nesse início em mediação de conflitos.

Pedro teve progressos significativos com o atendimento clínico da psicóloga, com o enfrentamento da morte diante de sua condição de saúde, com aceitação da vida que viveu, pôde criar repertórios em que seus desejos foram atendidos, como realizar o sonho de morar na praia, embora a equipe de CP estivesse longe. Esse era o desejo de Pedro e com o apoio da família foi possível,

contudo, Pedro veio a ser retirado dos protocolos após melhora, pois ele pedia “Salva o velho”. Pedro sofreu algumas paradas cardíacas, mas foi reanimado. Teve pequena melhora e voltou aos protocolos de CP com o aval da família que reconheceu a importância do atendimento

3.1 ORTOTANÁSIA, DISTANÁSIA E EUTANÁSIA

Segundo Diniz (2011) a palavra Eutanásia tem sua origem no idioma Grego, dividido em duas palavras “EU = bom + THANATOS = morte” que pode ser interpretada com ajuda de adjetivos como morte calma, já para o dicionário Aurélio a palavra é definida como “a teoria que defende o direito a uma morte sem dor a doentes incuráveis”.

A Eutanásia pode ser dividida em quatro modalidades, Diniz (2011, p. 438):

- Eutanásia ativa – ato resoluto de provocar a morte sem sofrimento, por misericórdia (modus procedendi). Caracterizada pela capacidade por meio de algum método pré-determinado capaz de causar a morte instantânea e indolor;

- Eutanásia passiva – ato resoluto de deixar de prolongar, por meios artificiais e extraordinários, uma vida irreversivelmente condenada, uma vez que os tratamentos paliativos delongam o sofrimento do doente em estado terminal;

- Eutanásia Voluntária – o indivíduo expressa seu desejo de morrer;

- Eutanásia Involuntária – sem expressão da vontade do enfermo (inconsciência, demência, deficiência mental grave), um grupo de pessoas, comumente a família, decide pôr fim a vida daquele que sofre.”

em CP. Por fim, Pedro retorna para a casa de praia e aceita sua finitude, tranquilo e resignado. Pedro falece e o acompanhamento com sua família contínua.

Em 1931, a Grã-Bretanha propôs a legalização da eutanásia voluntária. O assunto foi discutido apenas em 1936, ano em que a proposta foi rejeitada. No entanto, essa atitude inovadora moldou a base da proposta holandesa que surgiu alguns anos depois. Já em 1968, a Associação Médica Mundial se posicionou contra a eutanásia. Desde então, alguns países têm tentado propor projetos de legalização, que é uma questão muito sensível, seja no âmbito cultural ou religioso.

Segundo Jardim (2019) o primeiro país a legalizar a Eutanásia foi a Holanda em 2002, o que de fato levou aos países vizinhos a aprovarem também, como Alemanha e Suíça “a Holanda tornou-se o primeiro país a legalizar a Eutanásia e o suicídio assistido (que é o suicídio praticado com a ajuda de um médico que, de forma intencional, disponibiliza para a pessoa as informações, ou os meios necessários para cometer o suicídio)”

No Brasil, houve um projeto de lei n. 125/96, que tentou colocar em pauta o assunto, porém, nunca chegou a ser votado, vale ressaltar que o Código Penal Brasileiro proíbe a Eutanásia, reconhecendo-a como “homicídio privilegiado”, de acordo com Beier (2003)

“na legislação brasileira, a eutanásia é proibida e, caso algum médico seja pego praticando, poderá pegar de 4 a 178 anos de prisão”, ressaltando ainda que o profissional sofrerá processo no Conselho Federal de Medicina.

O Jornal Folha do Estado de São Paulo, no ano de 2007, realizou uma pesquisa com a população brasileira sobre o tema, e obteve os seguintes resultados: “[...] 57 % dos brasileiros afirmam ser contra a prática da eutanásia, outros 36 % responderam que são a favor da prática. Só 2% dos pesquisados são indiferentes ao tema, enquanto 5 % não souberam responder. A pesquisa ouviu 5.700 pessoas em 236 municípios de 25 Estados nos dias 19 e 20 de março.” Vale destacar que atualmente o assunto continua sem destaque no Brasil e sem legislação específica, sendo ignorado pelo Governo e pelo Conselho de Medicina.

Para Borges (2005) a Ortotanásia é definida etimologicamente como “significa morte correta – Orto: certo; Thanatos: morte.” Isso significa não prolongar artificialmente o processo de morte, além do processo natural. Essa prática é vista como uma manifestação de boa morte ou morte ideal/desejável, e não prolongará a vida por meio do aumento do sofrimento.

A ortotanásia está relacionada ao direito do paciente em escolher seguir ou não com o tratamento de uma doença que por vezes pode ser incurável e dolorosa, está também relacionado aos cuidados paliativos dos pacientes que segundo Marta (2010) “o sofrimento pelo qual o doente terminal passava era composto por

quatro elementos: dor física, dor psicológica (emocional), dor social e dor espiritual.” assim o cuidado deveria compor todas as esferas inclusive o direito de recusa ao tratamento.

Nesse contexto é importante diferenciar o que é uma morte digna do direito a morte que para Junges (2010) pode ser definido da seguinte maneira; “O direito de morrer dignamente está relacionado com o desejo de se ter uma morte natural, humanizada, sem o prolongamento da vida e do sofrimento por meio de tratamento inútil. Já o direito de morrer é sinônimo de eutanásia ou de auxílio a suicídio, intervenções que causam a morte.

Vale destacar que no Brasil apenas o estado de São Paulo tem a prática da ortotanásia regulamentada através da Lei 10.241/99.

“O direito a ortotanásia já é garantido em lei há muito tempo nos Estados Unidos, Canadá, Japão, França, Inglaterra, Itália, entre outros países. No Brasil, apenas no Estado de São Paulo. É o inciso XXIII da Lei Estadual 10. 241 que dispõe sobre os direitos dos usuários de saúde tanto pública quanto privadas. De autoria do médico e deputado Roberto Gouveia (PT-SP), foi profeticamente aprovada por Mário Covas em 17 de março de 1999. No dia da sanção, Covas disse que aprovava não apenas como governador, mas como paciente, lembra o deputado. Exemplo que me dá a certeza de que o desafio de médicos e legisladores é garantir também despedida digna da vida. Um direito de todo o cidadão.” Lemes (2008)

Na contramão da ortotanásia está a distanásia que tem como objetivo prolongar a vida do paciente a qualquer

custo, mesmo que o tratamento seja um experimento ainda ou até mesmo doloroso para o paciente, Marta (2010) “Trata-se de prática muito discutível, pois delonga a agonia dos pacientes sem que esses tenham expectativa de cura ou melhora na qualidade de vida”.

Esse método está voltado para a quantidade de dias vividos sem levar em consideração a qualidade de vida do

3.2 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

As ideias de uma abordagem multidisciplinar a pessoa e a família denotam e configuram imprescindível na filosofia de cuidados paliativos, pois são cuidados especificados e dedicados para os sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais, necessitando de diferentes profissionais para cuidar (Silva e Sudigursky, 2008).

O trabalho dos profissionais de saúde leva a diversas formas de exaustão, mas, também, proporciona momentos de satisfação. A equipe multiprofissional, que vivencia o cuidado a pacientes em terminalidade, muitas vezes, envolve-se e sensibiliza-se com a pessoa adoecida e sua

paciente, importante destacar que segundo Pessini (2009) “O objetivo da medicina não é apenas prolongar ao máximo o tempo de vida da pessoa. O alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano e o critério para avaliar seus procedimentos é se eles vão beneficiá-lo ou não (cf. art. 2º)” levando em consideração o atual código de ética médica que é do ano de 1988.

família, e muitas vezes compartilha seus sofrimentos (Cardoso et. al, 2013).

Neste sentido, a assistência paliativa, por se tratar de uma abordagem complexa e que objetiva atender todas as dimensões do ser cuidado e de sua família, prioriza uma equipe multiprofissional, que deve ser composta por enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual. Entretanto, para alcançar esse objetivo, torna-se fundamental que o profissional adote uma postura reflexiva em relação às práticas de cuidado, de modo que as instituições hospitalares visem à dignidade e totalidade do ser humano (Cardoso et. al, 2013).

4 JUSTIFICATIVA

Acredita-se que os estudos relacionados aos cuidados paliativos, é de extrema importância. Pois, como é visto atualmente, os cuidados agem como forma de aliviar o processo de uma doença

potencialmente fatal. Apesar do paliativo ser pouco falado e conhecido, e percebido a sua importância para famílias e pacientes que passaram por essa atuação, segundo, OMS (2020).

O Porto e Lustosa (2010) A partir do ponto de vista social, os cuidados paliativos e um aliado na compreensão da chegada da “morte” e em como esse processo pode ser com qualidade e tanto antes quanto após. Por isso, acredita-se que esse artigo acadêmico é de grande contribuição para a conscientização geral de que é necessário rever os construtos sociais em relação a morte que vem sendo proposto.

Tendo em vista que para há uma série de fatores sociais e culturais que

influenciam ao ponto da evolução crítica da CP, para o ponto de vista científico, pode-se encontrar informações que apontam para o melhor reconhecimento dos cuidados paliativos e com a compreensão do objetivo de oferecer uma morte digna, ou seja, a preocupação não será com a cura, mas com o alívio dos sintomas (físicos, emocionais, espirituais, sociais e morais), se enquadrar hoje na sociedade, Porto e Lustosa (2010).

5 OBJETIVOS

5.1 GERAL

Apresentar a atuação dos cuidados paliativos e os impactos causados nos alívios dos sintomas e na qualidade de morte.

5.2 ESPECÍFICOS

- Orientar sobre o que é os cuidados paliativos e o impacto causado na saúde;

- Conceituar a ortotanásia, distanásia e eutanásia;

- Apresentar as formas em que os psicólogos atuam sobre os cuidados paliativos;

- Indicar a dimensão e a construção da equipe multidisciplinar.

6 MÉTODO

6.1 PARTICIPANTES

Este estudo é uma revisão sistemática para demonstrar a área de atuação da psicologia hospitalar com cuidados paliativos através de entrevista com um profissional da área e especificar através de pesquisas literárias o contexto do psicólogo em campo de atuação. O

profissional entrevistado foi Dimilson Vasconcelos Bezerra – CRP GO 3750, bacharela em Psicologia pela PUC Goiás - Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Teve sua formação concluída em 2003. Atualmente atua na área de Cuidados paliativos no HCG (Hospital Estadual Alberto Rassi).

6.2 INSTRUMENTOS

Foi realizada a entrevista de acordo com um questionário semiestruturado de 24 (vinte e quatro) perguntas (anexo 1) desenvolvidas pelo grupo para a coleta de dados e respostas transcritas, que permite, ao mesmo tempo, a liberdade de expressão do entrevistado e a manutenção do foco pelo entrevistador (GIL, 2008). A entrevista durou cerca de duas horas onde houve bate papo informal, a fim de clarear melhor os questionários e aconselhar futuros psicólogos interessados nas áreas de cuidados paliativos, houve falas do contexto pessoal elucidando as

dificuldades enfrentadas pelo psicólogo entrevistado. Conforme anexo.

6.3 PROCEDIMENTOS

A entrevista foi realizada através do aplicativo google Meet, com autorização de divulgação das falas onde se manteve o diálogo entre entrevistado e entrevistadores iniciado as 20:11 horas é encerrando as 22:15 horas, no dia 21 de outubro de 2021. Contamos com celulares e computadores de 7 alunos e 1 entrevistado. Todos fizeram acesso remoto de forma individual para facilitar a participação de todos os envolvidos e anotações das falas em questão com papeis, canetas e a gravação da entrevista.

7 RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização deste estudo, buscou-se um entendimento geral dos cuidados paliativos através da leitura de diversos artigos e a busca por embasamento teórico conclui-se deverão ser realizados de preferência em equipe multiprofissional, com foco no paciente, na família e equipe responsável.

A morte ainda é considerada um tabu, pois desde pequenos aprendemos que o ciclo da vida que era nascer, crescer, reproduzir e pôr fim a morte. Mesmo que a morte seja certa muitas vezes possuem pensamentos e sentimentos negativos em função do medo.

Outro ponto que merece destaque é o conjunto de construtos para ter uma “boa morte” sendo importante a família no processo com o papel de auxiliar, cuidar de se fazer presente até o último momento com o indivíduo, tornando esse período mais acolhedor e humano. Juntamente com a humanização hospitalar onde a uma mudança de compreensão do perfil deste local, passando a ser empático, atencioso. Uma equipe multidisciplinar onde cada profissional tem uma função importante nesse processo que será definida para promoção do conforto físico, psicológico, social, espiritual, promovendo a qualidade de vida e o bem-estar do paciente.

Evidenciando a importância do psicólogo na atuação da amenização do sofrimento, estresse, ansiedade, ajudando na comunicação sobre a doença, e depressão diante da morte, acompanhando todas as etapas do processo, ajudando tanto o paciente, quanto a família e a própria equipe.

Por fim, o entrevistado reforça a importância da ampliação da temática e em como o CP pode melhorar a compreensão da morte e que não haja a confusão com a negligência, a formação de profissionais, inclusão no currículo dos cursos de graduação e na conscientização da própria população.

8 CRONOGRAMA

Ação	Início	Término
Pesquisa bibliográfica acerca do tema	16/08/2021	29/11/2021
Entrevista com o Dimilson Vasconcelos Bezerra	21/10/2021	21/10/2021

9 ORÇAMENTO

Materiais	Quantidade	Valor Unitário	Preço
Sala Climatizada (Aluguel)	1	R\$ 300,00	R\$ 300,00
Computador	7	R\$ 2.300,00	R\$ 16.100,00
TOTAL	8	R\$ 2.600,00	R\$ 16.400,00

*Obs.: Todos os gastos descritos serão assumidos pelos(as) pesquisadores(as).

10 REFERÊNCIAS

BEIER, Rogério. Temos o Direito de Escolher quando e como Morrer? Disponível em: <http://www.du.plipensar.net/artigos/2006-Q4/eu-tanasia-temos-o-direito-de-escolher-quando-e-como-morrer.html>. Acessado em: 06 novembro 2021.

Borges R. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. Jus Navigandi 2005; 10(871). Disponível: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=10119> Acessado em: 06 novembro 2021.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2.ed. São Paulo: s. n., 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf#page=23>
Cuidados paliativos, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

DE LIMA, Crislaine. Características das Publicações sobre Cuidados Paliativos por Autores Sul-Americanos nos Últimos 20 Anos: Revisão Sistemática da Literatura com Análise Bibliométrica.

DE MELO, A. C., Valero, F. F., & Menezes, M. (2013). A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(3), 452-469.

de Oliveira, L. C. (2021). Pesquisa em Cuidado Paliativo no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 67(3).

Dicionário Aurélio de Português online. EUTANÁSIA. Disponível em: . Acessado em: 06 novembro 2021 JARDIM, Breno Henrique Marques. Eutanásia: direito de matar ou direito de morrer. Eutanásia: direito de matar ou direito de morrer. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/53124/eutanasia-direito-de-matar-ou-direito-de-morrer> Acessado em: 06 novembro 2021

DINIZ, M. H. O Estado Atual do Biodireito, Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/53124/eutanasia-direito-de-matar-ou-direito-de-morrer>. Acessado em: 06 novembro 2021

Ezer, Tamar et al. Cuidados Paliativos e Direitos Humanos: Uma Década de Evolução dos Padrões. *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 55, Issue 2, S163 - S169. © 2017 American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Publicado pela Elsevier Inc. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.027>

Fernandes, Maria Andréa et al. Cuidados paliativos e luto: um estudo bibliométrico. *Escola Anna Nery* [online]. 2016, v. 20, n. 4 [Acessado 7 Novembro 2021] , e20160102. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160102>>. Epub 27 Out 2016. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160102>.

Figueiredo, M. D. A., & Bifulco, V. A. (2008). A psico-oncologia e o atendimento domiciliar em cuidados paliativos. *Temas em psicooncologia*, 373-381.

Folha Online de 8 abr 2 00 7. Eutanásia é reprovada por 5 7% da população aponta pesquisa.

Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u90994.stml>. Acessado em: 06 novembro 2021.

FREUD, Sigmund. Nossa atitude para com a morte. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 14, 1974. Disponível em: <https://ljournal.commons.gc.cuny.edu>. Acessado em: 06 novembro 2021

Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2577-2588.

Hermes, Héliida Ribeiro e Lamarca, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2013, v. 18, n. 9 [Acessado 8 Novembro 2021] , pp. 2577-2588. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>>. Epub 26 Ago 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>.

Journal of Pain and Symptom Management, Volume 62, Issue 3, e177 - e185. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.03.017>

JUNGES, José Roque et al. Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia. *Revista Bioética*, v. 18, n. 2, p. 275-288, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533253003.pdf>. Acessado em: 06 novembro 2021.

Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1094–1106. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011>

MARTA, Gustavo Nader et al. Cuidados paliativos e ortotanásia. São Paulo, 2010. <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a58-60.pdf> Acessado em: 06 novembro 2021. LEMES, Conceição. Ortotanásia. D

Martinho, A. R., Pilha, L., & Sapeta, P. (2015). Competências do psicólogo em cuidados paliativos.

Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. Manual de cuidados paliativos ANCP, 2(2), 23-24. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf#page=23>.

Menezes, R. A. (2004). Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. SciELO-Editora FIOCRUZ.

Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*, 19(1), 68-74. Link: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9906>.

Nogueira, C. L. (2013). Humanização Hospitalar.

Pessini, L. (2009). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética*, 10(2).

Pires, V. L. A. (2019). Sobrecarga do cuidador informal de adultos com cancro em cuidados paliativos (Doctoral dissertation). Disponível em: file:///C:/Users/THIAGO%20DANTAS/Downloads/Tese%20Mestrado_A.pdf

Porto, G., & Lustosa, M. A. (2010). Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. *Revista da SBPH*, 13(1), 76-93.

Porto, Gláucia, & Lustosa, Maria Alice. (2010). Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Revista da SBPH*, 13(1), 76-93. Recuperado em 07 de novembro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&tlng=pt.

Reigada, C., Pais-Ribeiro, J. L., Novellas, A., & Pereira, J. L. (2014). O Suporte à Família em Cuidados Paliativos/Family Support in Palliative Care. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 13(1), 159-169. Link: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fas/article/view/16478>

Von Hohendorff, Jean, & Melo, Wilson Vieira de. (2009). Compreensão da morte e desenvolvimento Humano: contribuições à Psicologia Hospitalar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(2) Recuperado em 08 de novembro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000200014&lng=pt&tlng=pt.

WHO Palliative Care: symptom management and end-of-life care, 2004. <http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/genericpalliativecare082004.pdf>.

ANEXO 1 – ENTREVISTA DIMILSON

VASCONCELOS BEZERRA

1. O seu nome completo?

Dimilson Vasconcelos Bezerra

2. Local de trabalho?

Hospital Estadual Alberto Rassi -HGG e em Clínica

3. Você atua em uma organização Pública ou Privado?

Organização Pública

4. Qual a sua formação?

“PUC – formei em 2003, na época era Universidade Católica de Goiás. Fiz estágio obrigatório em Gestalt terapia. Me especializei em Hospitalar pela universidade deSto. Amaro – SP. Posteriormente me especializei em Cuidados Paliativos pela Faculdade DrCiênciasMédicas de BH.”

5. Por que escolheu o curso de psicologia?

“Meu desejo era veterinário, fiz vestibular e não passei. Sou espírita e foi dentro do espiritismo que conheci a Psicologia, através daqueles almanaques Abril, fiz vestibular e passei. Não me arrependo.”

6. O que te levou a atuar com pacientes em Cuidados Paliativos?

“Quando eu iniciei a faculdade eu sempre quis para a área hospitalar, ao longo do curso foi ficando mais certo isso para

mim, embora não consegui realizar estágio na área, porque eu trabalhava e os estágios eram integrais, no Araújo e no HC, então vou para a clínica, mas sempre com a certeza da hospitalar, na especialização teve a mais certeza e quando foi para o hospital tive mais certeza ainda, agora em cuidados paliativos, me achou, e ter muito perfil, pois lida com muitas demandas que mechem muito com você, se não tiver a finitude em elaborada, a própria morte, bem trabalhado gera um sofrimento muito grande, fui convidado para desenvolver a área, não tínhamos nenhuma formação específica, fomos estudar para entender e funcionamento, ai que me atraiu mais ainda.”

7. Quais caminhos tomou profissionalmente para chegar aonde está?

“Trabalhei muito no HGG. Entrei na área organizacional e posteriormente fui para a hospitalar, pois não gostava de organizacional. Construí minha carreira ali dentro do HGG.”

8. O que te motivou a escolher CP?

“Quando comecei a faculdade eu sempre quis hospitalar. Ao longo do curso foi ficando certo para mim, embora não tenha conseguido fazer estágio durante o curso, pois era integral e eu trabalhava em banco. Fui para a clínica. Me especializei na área hospitalar e tive certeza. Os cuidados paliativos me escolheram. Fiz minha monografia sobre a morte e aquilo me deu uma base para eu entender melhor o CP.”

9. O que acha que ainda falta no nosso sistema de saúde para chegar no melhor dos cenários em cuidados paliativos?

“Em primeiro lugar, o próprio investimento em políticas públicas. O Brasil é um dos piores países onde mais se morre muito mal, e as políticas oferecidas pelo governo praticamente não existem. O Goiás tem uma lei de cuidado paliativos criada pelo HGG, aprovada, mas precisa ser implementada pelos governos. Um outro ponto é através da educação. Na faculdade eu não vi CP. Não existe uma cadeira na comissão de saúde pública que fale de CP, então o que falta são políticas públicas e a inserção de cuidados paliativos nas faculdades como matéria de estudo.”

10. Quais seriam as principais habilidades/comportamentos necessários para essa profissão?

“Primeiro ponto é empatia para lidar com a dor espiritual do outro. Você como um profissional da saúde em geral precisa ter essa habilidade bem desenvolvida, se enfatizar pela dor do outro.

Um segundo ponto é saber se comunicar. Comunicar sobre um diagnóstico, tratamento, ter uma escuta mais empática com esse paciente, com essa família. Ter essa capacidade de realmente se colocar no lugar do outro e pensar em como gostaria de ser tratado nessa situação.”

11. Fale um pouco sobre o que seria os Cuidados Paliativos para você hoje.

“Cuidado Paliativo é um modelo de assistência onde todo ser humano tem direito de receber essa assistência. É uma assistência transdisciplinar. É um modelo de assistência que busca cuidar do sofrimento de pessoas que estão perdendo sua vida. Nesse modelo não cabe mais medidas curativas, mas não é pelo fato de não ter mais medidas curativas que eu não tenho o que fazer. A gente não tem nenhuma ação modificadora para aquela doença, mas a gente tem como cuidar do sofrimento daquela pessoa. A gente vai cuidar da dor que vem de aspectos sociais, psicológicos, físicos e espirituais. Enquanto equipe, vamos cuidar de todos esses aspectos.”

12. Hoje qual está sendo a média salarial de um profissional atuante em Cuidados Paliativos?

“Infelizmente não tem o diferencial, a média e pelo psicólogo hospitalar, valorização do profissional, na clínica você atende um número X de paciente, são demandas diferentes, no CP você atende 1 paciente na parte da manhã durante ali de 3 a 4 horas pois surge conflitos com a família, que desenvolve, que pode entender como uma produtividade baixa, se não entender a dinâmica e o modelo, e não existe a diferenciação.” Média salarial pelo VAGAS.COM e de R\$ 3.010,00.

13. Onde os Cuidados Paliativos se encaixam em um “tratamento”?

“O tratamento se encaixa em todas as idades, sexo, religião, não existe um critério definido, mas uma análise,

exemplo uma paciente de 98 anos, internado, já e um paciente que por se só, você não tem uma expectativa maior, então ele já e um critério para receber o CP, mas não só pela idade, pelo decorrer da vida ele adquiriu várias doenças, perdeu a funcionalidade, frágil. Síndrome de fragilidade, síndrome de imobilidade, acamados, imóveis, e um dos critérios, mas nem sempre a família encara com bons olhos, mas que para a família precisa de intervenções mais evasivas. Existe um protocolo de esparque que processo de comunicação, onde realiza-se a biografia do paciente, depois o quadro clínico, vai escalonando o processo da doença, explica as medidas paliativas, o que e, quais as medidas para cuidar daquela pessoa. O CP parte do médico assistente para a equipe, mas pode ocorrer por parte da família.”

14. Como é feito Cuidados Paliativos no hospital em que você trabalha?

“Os médicos avaliam se o paciente e elegível para cuidados paliativos, pede um parecer da equipe da CP, se vai acompanhar com a equipe auxiliar ou ira direto para enfermaria da CP, realiza o atendimento com a família e equipe que cuida do paciente, explicam a proposta dos cuidados paliativos, buscando a resolução dos conflitos que vão surgindo.”

15. Como é feita a interação entre a equipe de Cuidados Paliativos, equipe médica, família do paciente e o

paciente? Vocês falam abertamente as famílias o que realmente vira a acontecer com o paciente, as dificuldades e os agravos que a doença está causando?

“A unidade de cuidados paliativos é composta pelo paciente e a família. A comunicação tem de ser clara. A equipe médica avalia que o paciente tem critérios para protocolos de cuidados paliativos e faz um parecer. O segundo passo é fazer uma abordagem familiar. Nós explicamos o que é cuidado paliativos, esclarecemos o quadro clínico do paciente e fazemos a proposta de cuidados paliativos. Quando o paciente vai para nossa enfermaria, a família acompanha esse paciente. Ao decorrer do acompanhamento, vamos vendo as demandas que esse paciente e família trazem, os conflitos, necessidades de se resolver alguma tarefa inacabada. Esse atendimento é feito mais de uma abordagem. Fazemos três visitas durante a semana a esse paciente e essa família para ver se esse paciente está em condição de lucidez.”

16. Sabemos que os Cuidados Paliativos ações que consistem em assistência por uma equipe multidisciplinar para melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida. Como e feita a avaliação de um paciente para receber esse tipo de assistência? E por grau da doença?

“cuidados paliativos vai fazer parte de toda e qualquer doença que não tenha mais medidas curativas possíveis. Então tem

várias doenças, como esclerose múltipla amiotrófica, diabetes, AVCs, doenças neurológicas, pulmonares e diversas outras.”

17. Hoje como e formada sua equipe (transdisciplinar) multidisciplinar estão envolvidos?

“Quando nós começamos o trabalho, nós tínhamos uma equipe completa, nós tínhamos dois médicos, uma psicóloga, uma assistente social, uma terapeuta, a equipe de enfermagem, enfermeira com quatro técnicas, um odontólogo, uma farmacêutica, uma fonoaudióloga e uma nutricionista. Ao longo desse tempo o odontólogo saiu do hospital, se precisamos de um, fazemos uma requisição. A fisioterapeuta saiu do hospital, assumiu uma equipe de CP no HDT, tem uma que nos acompanha, mas não tem exclusividade.

18. Quais cuidados tomar para que cuidados paliativos não seja confundido com negligência?

“olhasó, isso precisa ser muito bem explicado, até mesmo para a própria equipe de assistência. Isso começa na abordagem familiar, quando vamos ter o primeiro contato com o paciente e a família. Deixamos claro as particularidades daquele paciente, daquela doença. Porque as vezes tem um paciente que cabe uma hemodiálise, mas tem outro que não cabe. Ah, mas porque esse paciente não foi para a hemodiálise? É porque esse paciente pode ter uma parada cardiorrespiratória porque o quadro clínico dela não permite,

mas nós vamos cuidar dessa insuficiência renal dela de outra maneira. É isso tem que estar em prontuário médico, de forma bem clara.”

19. Quando o paciente é inserido em cuidados paliativos, qual o papel dos familiares e amigos nesse processo?

“É de suma importância. Porque como já foi dito, são diversos âmbitos trabalhados. Social, espiritual, psicológico e físico. Então por exemplo, essa rede é muito acionada para estar com a gente. Então vemos se essa pessoa frequentava algum grupo religioso, já acionam os igreja quando uma paciente não tinha alguém que assumisse esses cuidados. Então essa rede de apoio é muito importante, seja família, vizinhos, amigos. Esse paciente deve se sentir acolhido nesse momento, é de suma importância.”

19. Tem algum caso que tenha te atravessado enquanto profissional?

“Sim, claro. Quando chega um estagiário para trabalhar com a gente, temos a biografia. Nela o profissional vai falar sobre si. Sobre suas particularidades e fraquezas e se for preciso chorar, a pessoa chora mesmo. Muitos casos me atravessaram. Um caso específico foi de um paciente que vai em mim um filho. Quando eu me despedi dele eu disse a mim mesmo que não podia deixar esses pacientes ficarem comigo precisamos respeitar o destino de cada um e suas partidas. Por isso temos um psicólogo a parte que cuidam da gente. Porque tem muitos pacientes que se parecem com a

gente, ou é da mesma idade, ou lembra nossa avó, então vai nos atravessar em algum momento.”

20. Quais fatores melhores auxiliam o paciente na elaboração do luto e enfrentamento da morte? E a família?

“É chegar à conclusão que se viveu bem. A Elizabeth disse que a gente morre bem quando a gente vive bem. É chegar naquele momento e ver, olha o que eu fiz, eu trabalhei demais, eu deixei de viver momentos por causa de correria, então isso vai te gerar uma dor. Vai ter uma dor presente, nem que seja mínima e o que vai te ajudar é olhar para traz e ver que você fez aquilo que você gostaria de ter feito. Então é viver bem!”

21. Qual a importância da vida que se viveu na aceitação da morte?

“A nossa cultura não aceita a finitude. Quanto mais dificuldade eu tenho, mais difícil é esse processo. A espiritualidade tem uma importância muito grande, pode ser que uma dessas visões ajude a pessoa a ter menos sofrimento, ou não. Também achar que eu não vivi de acordo com aquela religião eu possa ir para o inferno. Então essa perspectiva religiosa vai amenizar ou intensificar essa ida. Então a reflexão que eu deixo é analisar hoje se eu fosse embora, eu iria feliz, bem? Então esse tema a gente trabalha muito isso com a equipe, com a família.”

22. Pacientes terminais as vezes podem ser “excluídos” da ala de assistência médica. Os cuidados paliativos nos dão opções de modificar essa situação.

O que devemos fazer para ressignificar esse tratamento em fases terminais? (PERGUNTA NÃO REALIZADA)

23. O que pode ser feito para que CP seja ganhe mais espaço e reconhecimento na Psicologia?

“Eu acho que é pela própria divulgação, pela educação. A gente criou um grupo que chama de Centro Oeste Paliativo, um grupo de WhatsApp, e isso ajudou muito as equipes de Goiás, Brasília e de Mato Grosso a fazerem suas trocas, a gente já conseguiu fazer um congresso aqui em Goiás. Era para ter feito o segundo ano passado, mas devido a pandemia nós não conseguimos fazer. Então é divulgação, disseminação de informação, de o que é cuidados paliativos, o que fazemos, onde atuamos, qual a importância do nosso trabalho. É um processo psicoeducativo.”

24. Que mensagem quer deixar para os alunos que manifestam interesse nessa área de atuação?

“Busquem conhecimento, estudem, se atualizem, porque cuidar do sofrimento de outra pessoa frente a sua terminalidade não é fácil. Isso envolve muitas dimensões e para entender isso devemos nos capacitar, fazer terapia para entender a nossa terminalidade. Exigir das faculdades que abram campos de estágios, façam residências na área hospitalar. A mensagem que eu deixo pra vocês é de vida, vivam bem, porque daqui (do mundo) a gente só leva o que viveu e o amor, me referindo a música do Jota Quest. Então vejam e revejam o que faz

sentido pra você. Estamos aqui de passagem e segundo a minha crença, estamos aqui para evoluir e fazer a diferença na vida das pessoas.”