

A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO PALIATIVO PARA O PACIENTE ONCOLÓGICO EM PROCESSO DE FINITUDE

THE IMPORTANCE OF PALLIATIVE CARE FOR ONCOLOGY PATIENTS IN THE PROCESS OF FINITUDE

Amanda do Carmo Oliveira¹

Gabriela Fernanda Machado²

Isabella Drummond O. Laterza Alves³

RESUMO

O paciente diagnosticado com câncer se depara com várias questões como sintomas, tratamentos, estatísticas, possibilidade de cura, ou o avanço da doença causando a morte. Em casos de pacientes em processo de finitude, o tratamento mais indicado e considerando uma qualidade melhor para o paciente, são os cuidados paliativos. Contudo, esse processo do fim da vida desencadeia sofrimentos físico, emocional, familiar, social e espiritual. Sofrimentos esses que atingem o paciente e também a família e/ou pessoas próximas a ele. Este estudo tem como objetivo enfatizar a importância dos cuidados paliativos no ambiente hospitalar, e para que possamos compreender como esse trabalho é realizado com os pacientes e seus entes. Este artigo é uma pesquisa bibliográfica, na qual os dados foram retirados por meio do acesso online¹ nas plataformas do Google Acadêmico, SciELO e PEPSIC. Através desse estudo constatou-se que o paciente oncológico passa por diversos momentos de sofrimento psicológico/emocional e por isso a importância dos cuidados paliativos para pacientes oncológicos que estão vivenciando o processo de finitude.

PALAVRAS-CHAVE: processo de finitude; cuidados paliativos; sofrimento psicológico/emocional

¹ Psicóloga. Graduação em Psicologia pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) - Unidade Ituiutaba. E-mail: amanda.1554503@discente.uemg.br

² Acadêmica do curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) - Unidade Ituiutaba. E-mail: gabriela.1599097@discente.uemg.br

³ Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Docente na Faculdade Mais (FacMais) de Ituiutaba e na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) - Unidade Ituiutaba. E-mail: isabella.drummond@facmais.edu.br

ABSTRACT

The patient, diagnosed with cancer, is faced with several issues such as symptoms, treatment, statistics, possibility of cure, or the advance of the illness, resulting in death. In cases of patients in the finitude process, the most indicated and considered to be a better life quality for the patient, are the palliative cares. Yet, this process of the ending of life triggers out physical

sufferings, emotional, familiar, social and spiritual. This study aims emphasize the importance of the palliative in the hospital environment, besides the understanding how this work is fulfilled with the patient and it's beings. This article is a bibliographic research, in which data were collected through online access on Google Scholar, SciELO and PEPSIC platforms. Through this study it was found that the cancer patient goes through several moments of

psychological/emotional suffering and therefore the importance of palliative care for cancer patients who are experiencing the process of finitude.

KEYWORDS: finitude process; palliative care; psychological/emotional suffering.

INTRODUÇÃO

Em 1998, foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que “Cuidado Paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente e de seus familiares frente a problemas associados a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de uma identificação precoce e avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais. Em 2002, foi atualizado o seu conceito, e cuidados paliativos passou a ser definido como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, que enfrentam uma doença que ameaça a vida. Promove o alívio da dor e de outros sintomas e proporciona suporte espiritual e psicossocial desde o diagnóstico até o final da vida e o período de luto” (OMS).

Segundo o INCA (2022), o objetivo dos cuidados paliativos é promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo-CREMESP (2008), o objetivo do serviço em cuidados paliativos é promover uma assistência ativa e integral ao paciente, quando a doença já não responde mais ao tratamento e não tem chances de cura, visando garantir a melhor qualidade de vida, tanto para o paciente como para seus familiares. Para esses cuidados, são utilizadas técnicas para aumentar o conforto, contudo, não reduz e nem aumenta a sobrevida. Esse conforto proporcionado ao paciente é realizado sem nenhuma pretensão de

cura, dando ênfase aos tratamentos e controles adequados para a individualidade de cada paciente.

De acordo com Lynn (2005, p.23):

Quando se fala em doença ativa, progressiva e ameaçadora à continuidade da vida significa que os Cuidados Paliativos podem e devem ser indicados na vigência de doenças crônicas em diferentes fases de evolução: trata-se da possibilidade de a morte por evolução natural de um processo de adoecer, que pode se arrastar por anos. Só não é possível aplicar os princípios dos Cuidados Paliativos quando há morte súbita por doença, acidente ou violência.

Nesse aspecto, o cuidado paliativo tem o propósito de prestar assistência a pessoas que são portadores de doenças graves e incuráveis, que estão em progressão e essa doença ameaça a continuidade da vida. Enquanto existem áreas da medicina que vão 'cuidar apenas da doença', a equipe multiprofissional/interprofissional vai se atentar ao sofrimento que essa doença está causando, e os profissionais vão cuidar do sofrimento do paciente como um todo (sofrimento físico, emocional, familiar, social e espiritual). Nesse sentido, a palição para a Medicina, busca respostas para investigações e intervenções que respeitem e aliviem o sofrimento dos humanos ao fim da vida (BURLÁ, p. 2012)

Muitas vezes, a pessoa adoecida não tem com quem compartilhar suas angústias e incertezas. Assim, um dos objetivos do cuidado paliativo relaciona-se a dar um suporte para que não se priorize apenas o cuidado com a doença, mas também o cuidado com a pessoa. A elaboração de todo esse sofrimento é completamente individual e os profissionais devem sempre se atentar a essa questão, mesmo que inúmeras pessoas tenham o mesmo diagnóstico, elas terão manifestações únicas. Utilizar a empatia para compreender melhor as relações interpessoais que se estabelecem nestas circunstâncias, pode facilitar a identificação de prioridades a serem manejadas, de orientações a serem feitas, permitindo que o profissional compreenda que aquele ser é único, que seu sofrimento é particular e incomparável, e que a morte é um processo, que deve ser assistido e cuidado com humanidade, sendo parte essencial da assistência em saúde. (Mariana Batista Leite Leles, 2018)

Uma pessoa ao receber o diagnóstico de câncer se depara com várias questões, como o diagnóstico, sintomas, prognósticos, estatísticas, tratamento, protocolo de tratamento, a possibilidade da cura, controle da doença, a possibilidade

de mesmo após o período de cura a doença reaparecer, ou até mesmo pensamentos sobre a morte causada pela doença. Segundo Scott (1991), após o choque inicial do diagnóstico, os pacientes costumam apresentar respostas emocionais como ansiedade, raiva e depressão. O momento de recebimento do diagnóstico é de angústia, ansiedade e incertezas, devido a doença, muitas vezes. ser associada como algo mortal e doloroso, direcionando os pensamentos para a morte. Esse diagnóstico é apenas o primeiro momento delicado para o paciente, pois ele irá se deparar não apenas com sintomas e tratamento, como também prejuízos ao organismo, gerando inúmeras incertezas sobre o seu futuro.

Segundo Kübler-Ross (1985) um paciente em estágio terminal e seus familiares podem passar por cinco fases no processo de morrer. A autora descreve esses cinco estágios que os pacientes passam ao receber o diagnóstico, como sendo negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Essas doenças terminais podem ser vistas como um fator de ameaças para a autonomia do paciente, possibilitando a superproteção familiar e também de profissionais. A parte indispensável desses cuidados no final da vida é garantir com que o paciente tenha sua autonomia e tome suas próprias decisões e escolhas, como é de direito a todos. Todavia, no decorrer que a doença vai se agravando, as decisões sobre a vida e morte do paciente não são mais direcionadas a ele.

Paciente terminal é aquele que está fora de condições terapêuticas, ou seja, quando não há mais tratamento para a doença que ele apresenta, esse paciente tem vários sentimentos como a tristeza e depressão por não querer romper suas relações de vida, ou até mesmo o sentimento de raiva, por ter acontecido com ele e por ter ficado doente. Isso acontece principalmente por causa da nossa cultura em não nos prepararmos para lidar com a finitude, seja a nossa ou dos outros.

Segundo Kübler-Ross (1985 p. 52), a negação em geral é o primeiro estágio de um processo psíquico que ocorre em doentes terminais, uma forma de mecanismo de defesa temporário do ego contra a dor psíquica diante da morte. A intensidade e duração dessa fase dependem de como o paciente e as outras pessoas ao seu redor são capazes de lidar com a dor, pois esse período não dura por muito tempo. A negação acontece quando o paciente segue sua vida sem se importar com a sua terminalidade, faz barganha para negociar e fazer promessa para se sentir mais aliviada, e por fim vem a aceitação, que ocorre quando a pessoa compreende que a vida tem início meio e fim, e assim ela consegue lidar com o processo terminal.

De acordo com o INCA (Instituto Nacional do Câncer), o câncer é um conjunto com mais de 100 doenças malignas que causam o crescimento desordenado de células, podendo atingir tecidos e órgãos. Essas células se dividem rapidamente e tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, que gera a formação de tumores, podendo se espalhar rapidamente para outras partes do corpo. Entre os tipos de câncer, o carcinoma relaciona-se a tecidos epiteliais: (pele e mucosa), sarcoma (tecidos conjuntivos: osso, músculo ou cartilagem) e metástase (caracterizado pela velocidade em que as células se multiplicam e invadem tecidos órgãos vizinhos e distantes). A formação do câncer surge através de um processo de formação chamado de carcinogênese ou oncogênese, em que geralmente acontece de maneira demorada levando vários anos para que a célula cancerosa se espalhe, criando um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógeno são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor. (INCA, 2022)

Em relação ao paciente oncológico, a transição para o cuidado paliativo ocorre quando o tratamento curativo não atinge o efeito esperado, ou seja, quando não ocorre redução no tumor ou quando não obtém a cura. A decisão de tratamento paliativo é decidida de forma conjunta pelo médico, paciente, familiares/amigos e equipe. O objetivo do cuidado paliativo é proporcionar para o paciente uma qualidade de vida, para que ele tenha 'dias bons', mesmo estando em um estágio avançado da doença, ou seja, visa amenizar o sofrimento do paciente para que ele tenha qualidade de vida no processo de morrer.

É importante considerar que, além de discussões sobre o ser humano ter dignidade em vida, é importante também reflexões sobre a dignidade no processo de morrer. As discussões sobre ortotanásia (definição que se relaciona a 'boa morte') fazem com que os profissionais de saúde, cada vez mais, discutam propostas e intervenções, de modo a não prolongar o sofrimento do paciente de maneira desnecessária. Assim, o cuidado paliativo não diz respeito a não adiar e nem acelerar a morte, é fazer com que ela seja algo natural, não tendo relação com eutanásia (os dois termos ainda causam muita confusão, principalmente frente ao senso comum).

A ortotanásia proporciona ao paciente o "direito de morrer dignamente", ou seja, quando a pessoa deseja ter uma morte natural, humanizada e sem prolongamento do sofrimento através de tratamentos desproporcionais, invasivos e inúteis. Para proporcionar essa morte para o paciente, é necessário que os

profissionais respeitem seu valor, a dignidade e a autonomia, dele que já está em processo de finitude, para que ele tome a decisão. Os profissionais de saúde continuarão ministrando os medicamentos para amenizar as dores e desconforto, e outros cuidados essenciais no ambiente hospitalar ou residencial. O que não ocorrerá é a intubação e manobras de ressuscitação para que o paciente morra decido a evolução natural da doença. A ortotanásia, por fim, identifica-se com a atitude médica de acompanhar o moribundo a uma morte sem sofrimento, sem o uso de métodos desproporcionais de prolongamento da vida, como respiração artificial e outras medidas invasivas. (Revista Bioética, 2010 p.276)

A morte, na atualidade, é vista como um momento solitário. Em muitos casos, muitos pacientes, no momento final, vivenciam seus últimos momentos em UTIs (mesmo sem indicação). A morte humanizada, muito estudada por Kübler Ross e Saunders, que falam sobre o acolhimento em momento de sofrimento e os cuidados que devem ser tomados com os pacientes e seus familiares na aproximação da morte. Sabe-se que, a tanatologia é o estudo da morte e do morrer, principalmente pelos seus aspectos psicológicos e sociais. Deste modo, é a ciência da vida e da morte que pretende compreender o processo de morrer e do luto, e também humanizar o atendimento aos familiares que sofrem neste momento de perda, contribuindo para o melhor conhecimento e experiência dos profissionais que atuam nos Cuidados Paliativos

Nesse ínterim, é importante refletir que cada um tem o seu modo de compreender a sua doença, o seu curso, o prognóstico, as sequelas físicas e emocionais. Assim, o cuidado paliativo irá favorecer o controle desse sofrimento, promovendo mais qualidade de vida, independente de quanto será a duração de vida desta pessoa.

O estudo justificou-se por demonstrar a importância da colocação que esse tema possui para os pacientes que estão em processo de finitude.

Assim, entendeu-se que pesquisar sobre cuidados paliativos em pacientes oncológicos em processo de finitude auxiliam na compreensão e importância deste tratamento para uma elaboração melhor sobre a doença, o processo de morrer e a morte. O indivíduo que está ciente de que não há mais uma maneira de a medicina curá-lo, tem a necessidade de um tratamento mais cuidadoso e delicado, para que ele tenha um fim de vida de qualidade e 'tranquilo', e o psicólogo juntamente com a equipe

multiprofissional farão o possível para que a sua dor, seu sofrimento e de sua família sejam amenizados.

Sabe-se que “a única certeza que temos é que em um determinado dia iremos morrer”, e os cuidados paliativos é uma maneira de assegurar que esse processo seja de uma forma cuidadosa, digna e menos dolorosa possível. Essa é uma prioridade estabelecida por toda a equipe, visando garantir a qualidade de vida do paciente, independente de quanto tempo ele levará para concluir seu ciclo de vida.

Nesse aspecto, o estudo teve como objetivo geral compreender e identificar a importância dos cuidados paliativos para os pacientes oncológicos em processo de finitude. Em relação aos objetivos específicos, compreender de que modo o paciente vivencia esse processo de finitude e identificar os aspectos que sinalizam a importância do psicólogo hospitalar na equipe de cuidados paliativos multiprofissionais.

METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma revisão de literatura narrativa e teve como procedimento adotado a pesquisa bibliográfica, feita a partir de materiais publicados sobre terminalidade e câncer. A busca pelos materiais foi feita a partir de três principais bancos de dados online, tendo sido a maioria dos materiais encontrados através do Google Acadêmico, SciELO e PEPSIC. O estudo levou em conta estudos atuais e autores clássicos da Psicologia.

De acordo com Lima e Mioto (2007) a pesquisa bibliográfica é apresentada ao pesquisador como uma possibilidade para que ele possa chegar à solução do problema em que originou a pesquisa. Qualifica-se como uma revisão de literatura, realizada por meio de livros e artigos científicos, oferecendo ao pesquisador uma bagagem mais ampla sobre o assunto pesquisado.

Gil (2008) discursa que para a elaboração de uma pesquisa bibliografia é necessário compreender oito etapas distintas; a primeira etapa é a Determinação dos objetivos, que é o definir o problema a ser pesquisado; a segunda etapa é a Elaboração do Plano de Trabalho, em que através da elaboração de um plano o pesquisador vai se orientar nos procedimentos seguintes, porém, muitas vezes é apenas um plano provisório; Identificação das Fontes é a terceira, nesta etapa o

pesquisador identificará quais as fontes são capazes de fornecer uma resposta mais adequada para sua pesquisa; em seguida a quarta etapa que é a Localização das Fontes e Obtenção do Material, onde se é realizado um fichamento em bibliotecas e internet, e para obtenção de material é realizado por consulta própria. A próxima etapa é a de Leitura do Material, fazendo essa leitura de modo explanatório e seguindo objetivos como, identificar quais informações são importantes, dados relevantes e comparar as informações com o problema pesquisado; a sexta etapa é Confeção de fichas, onde o pesquisador deve realizar anotações pontuando as informações mais importantes e relevantes que ele teve por meio desses materiais selecionados. A sétima etapa é Construção Lógica do Trabalho, na qual o pesquisador organizará suas ideias, associando-as com os objetivos da pesquisa. E por último, a etapa oito Redação do Texto, nesta última estava o pesquisador irá discorrer o trabalho, baseando nas leituras e outros materiais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Frente aos achados da literatura, observou-se que os cuidados paliativos é uma abordagem (quando bem conduzida) muito sucedida na qual uma equipe inter/multidisciplinar atua em conjunto com o paciente e seus familiares, referindo-se não apenas aos aspectos físicos, mas também aos aspectos espirituais e emocionais que fazem parte de todo o processo de finitude. Busca priorizar o conforto do paciente, proporcionando qualidade de vida para ele e seus familiares, por meio de uma avaliação precoce e controlando situações desagradáveis que podem acontecer no contexto da doença, momento esse em que o paciente fica frágil e se sente ameaçado por não saber ao certo qual será o desfecho da doença e de sua vida.

Dados do Atlas de Cuidados Paliativo, publicado em 2019, pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), indica que dos 191 serviços de Cuidados Paliativos no Brasil, 178 forneceram informações sobre o atendimento oncológico. O tratamento paliativo não anula o tratamento oncológico padrão. Portanto, o câncer será tratado pelo médico oncologista enquanto o paciente também receberá um suporte da equipe de cuidados paliativos, com o objetivo de amenizar as reações da radioterapia ou quimioterapia. Quando o paciente se encontra debilitado, em alguns casos, usa-se a sedação como forma paliativa, no intuito que o paciente

não sinta mais dores, para que ele se sinta bem. De acordo com o médico paliativista Daniel Neves Forte (abril de 2022): “As pessoas não querem morrer, elas querem viver bem. Acho que é isso que o cuidado paliativo busca: cuidar da vida, e vida só é vida porque tem morte” (p.10)

Observou-se, nos estudos, que a falta de orientação ética e legal é um fator que contribui negativamente com os Cuidados Paliativos no Brasil. Há muita confusão sobre essas terminologias, e, tanto pacientes, quando familiares apresentam definições ‘pejorativas’ sobre o tema. Há uma falsa ideia de que “não há mais o que fazer” ou o paciente está sendo encaminhado para o cuidado paliativo para “morrer”. Muitos pacientes, por falta de preparo da equipe, ou por resistência sua ou da família, conhecem o cuidado paliativo quando o adoecimento está muito agravado. Acredita-se que, se pacientes oncológicos tivessem o real conhecimento sobre o que de fato é o cuidado paliativo, muitos optariam por este tratamento muito antes de serem encaminhados (CARVALHO e PARSONS, 2012). Assim, uma das filosofias do cuidado paliativo relaciona-se com “saber cuidar e aliviar o sofrimento, sem abreviar a vida, tornar vivos todos os momentos que restam ao doente, tenha ele um prognóstico de anos, meses, semanas, dias ou horas”. (MACIEL, apud OTERO E COSTA, 2007, p.4)

Nesse ínterim, Carvalho e Parsons (2012) observaram que proporcionar discussões sobre a terminalidade da vida com os pacientes contribuirá no melhor conhecimento e na cooperatividade do doente na tomada de decisões sobre a sua vida, na melhor opção terapêutica, na aceitação da dor e sofrimento, no amparo aos familiares e entes queridos e, como será o seu fim de vida. Esse fenômeno de se evitar falar sobre a morte, é definido, portanto, como “conspiração do silêncio”, (KOVÁCS, 2005, p.487). A autora explica que mesmo com a proximidade das mortes, acontece um sério distúrbio em torno do diálogo.

Apesar das dificuldades encontradas, a partir dos anos 2000, os cuidados paliativos ganharam mais força e credibilidade, e mais pessoas começaram a buscar esse tratamento visando uma melhoria no bem-estar dos pacientes com doenças como o câncer. Costa e Othero (2014) dizem que, quanto o mais precoce possível ser iniciado o tratamento paliativo com pacientes, melhores respostas eles têm. Assim, é possível que seja controlado sintomas que atrapalham o cotidiano do paciente como dores no corpo, anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, insônia, fadiga e fraqueza. O tratamento baseado no cuidado paliativo pode auxiliar também na ansiedade e

depressão, que possivelmente irá prejudicar o paciente no convívio social. Segundo Renata Cangussu (2021), presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC-BA), nas principais medidas paliativas estão o controle de sintomas de dispnéia, dor, anorexia, caquexia, náusea, vômitos, constipação. Diarreia, obstrução intestinal, fadiga, fraqueza, insônia ou sedação.

Frente aos aspectos psicológicos, o tratamento paliativo fornece um suporte em casos de depressão, angústia, ansiedade, aborda sobre as necessidades espirituais e existenciais, e procura compreender as demandas e particularidades sociais da rede de apoio familiar. O estilo de tratamento oncológico irá interferir no tratamento paliativo, pois os cuidados devem ser diferentes em cada etapa, mais leves ou avançados, contudo, independente se for um tratamento quimioterápico, radioterápico ou cirúrgico, o enfoque é que a família e o paciente estejam confortáveis, tanto no ambiente hospitalar quanto em casa.

Portanto, os cuidados paliativos são importantes pois através dele que os cuidadores e familiares são acolhidos para que possam elaborar da melhor forma esse sentimento de impotência diante do sofrimento e dor deles e dos outros. Os profissionais do tratamento paliativo buscam proporcionar o bem-estar psicológico, melhorar as condições do paciente durante esse processo de adoecimento e se necessário dar um suporte emocional para a família. De acordo com a OMS, a assistência em Cuidado Paliativo prevê o acompanhamento do paciente e familiar também no processo de luto, buscando acolher a família mesmo após a morte (World Health Organization [WHO], 2002).

Alguns pacientes passam por uma experiência muito longa no ambiente hospitalar e desejam ir para sua casa, porém essa permissão só é concedida se o paciente tiver estabilizado clinicamente. O home care (atendimento domiciliar) é importante nos cuidados paliativos e auxilia muito no progresso do paciente, pois a casa é vista por eles como um templo, local sagrado, onde o paciente tem uma identificação com o local, pessoas e objeto. É ter uma acessibilidade mais próxima dos familiares, o que não é possível no ambiente hospitalar. Ele sai de uma maca de corredor, numa situação humilhante, e vai para um local tranquilo, onde conseguimos amenizar as dores e ele passa a ter a dignidade (Ana Claudia Quintana Arantes, 2018).

Estudos apontam que pacientes oncológicos que iniciam o tratamento paliativo vivem mais do que aqueles pacientes que buscam os cuidados paliativos apenas em

sua finitude. O New England Journal of Medicine (2010), tem um estudo que faz a comparativa de dois grupos compostos por pacientes oncológicos que já estão em um nível avançado da doença. Um grupo fez apenas quimioterapia e o outro fez quimioterapia e cuidados paliativos, e foi comprovado que o segundo grupo viveu mais.

Comparado a qualidade de vida deles por doze semanas, mostrou que os pacientes designados precocemente para cuidados paliativos tiveram pontuações significativamente mais altas do que aqueles que foram designados para o cuidado padrão. O grupo com tratamento paliativo obteve um número menor de pacientes com depressão, comparado ao grupo de tratamento padrão. Já o número de pacientes que fizeram uso de antidepressivo e constatou-se ansiedade foram iguais. Por meio desta pesquisa mostrou-se que a integração precoce de cuidados paliativos com cuidados oncológicos padrão em pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas metastáticas resultou em sobrevida prolongada, em aproximadamente dois meses, e melhorias clinicamente significativas na qualidade de vida e no humor do paciente oncológico. (TEMEL et al, 2010).

Outro aspecto importante a ser considerado relaciona-se a família. Ela é muito importante nesse momento, contudo, têm muita dificuldade em lidar com a doença e chega a tentar esconder do próprio paciente que ele é um paciente terminal e evitam ao máximo falar sobre o assunto. Esse tipo de comportamento dificulta a comunicação com a família, e é de extrema importância que nesse período a família acolha esse paciente, e que possa escutá-lo e conversar sobre a sua decisão em relação a vida, o que ele está sentindo, o que é a morte em si. Deve deixar a pessoa se expressar, e com isso a família também irá se expressar, e dizer quais são as dificuldades de lidar com aquela situação, e assim é realizada a integração entre família-paciente, conseguindo passar por essa fase da vida que é considerada tão difícil na nossa cultura. (KOVÁCS, 2014).

No meio hospitalar, o paciente se torna a 'doença', ou seja, o paciente oncológico deixa de ter seu próprio nome, a sua identidade e passa a ser alguém portador de uma patologia, criando o estigma de doente-paciente, mudando assim sua perspectiva existencial. Após a pessoa se tornar alguém hospitalizada, faz com que ela ressignifique e acredite que irão enquadrá-la em uma nova maneira de viver. Todo procedimento e/ou tratamento pode ser visto de forma invasiva e que vá ferir a sua dignidade. (ANGERAMI, 2016).

Hennezel (2004) em sua experiência com pacientes terminais, narrou que um deles se queixou do atendimento em hospitais onde eram tratados pelo número do leito, seguido pelo nome da sua patologia. Considerava insuportável quando médicos chegavam em seus quartos, discutindo sobre o tratamento como se o paciente ali não estivesse. O que queriam saber, perguntavam às enfermeiras, sem demonstrar um único gesto de humanidade, como, por exemplo, sentar-se ao lado do paciente e perguntar: “como você estava vivendo?”.

Perante todos esses fatores que envolvem a experiência dos pacientes terminais, é indispensável a atuação do psicólogo junto a toda a equipe multiprofissional, para auxiliar na aceitação e superação, seja psicológica e emocional.

Nesse ínterim, o psicólogo é fundamental nos hospitais, devido a sua sensibilidade e qualificação para lidar com situações que não são ‘consideradas importantes’ por alguns profissionais na área da saúde. De acordo com Londero (2006) o tratamento em Cuidados Paliativos deve contar com uma equipe multiprofissional que trabalhará com o foco de promover um equilíbrio geral para o doente, sem busca pela cura, no entanto, oferecendo-lhe uma melhor qualidade de vida. Sozinho o psicólogo seria incapaz de realizar com êxito esse papel de facilitador e promover a saúde mental do paciente e seus familiares, por isso sempre tem o auxílio de outros profissionais da área da saúde, e a equipe multiprofissional atuam sempre em conjunto, para melhor atender a demanda e compreender a individualidade de cada paciente. O psicólogo deve se atentar a vários aspectos como a individualidade do paciente, qual o seu quadro oncológico, a instituição, profissionais da saúde e os familiares.

Segundo Simonetti (2011), a psicologia hospitalar é o campo de atendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento, onde seu objetivo é a subjetividade. Ele explica que diante de todas as implicações oriundas do estado patológico de um paciente, sua subjetividade é sacudida. É neste momento que o psicólogo hospitalar entra em cena oferecendo algo que os outros profissionais da saúde não puderam dar: atenção e escuta a suas aflições. O psicólogo realiza a sua terapia pela fala, escuta e observação, contudo, não é tão simples assim como parece, pois o profissional deve escutar, falar, absorver, elaborar e ressignificar as palavras do paciente e em seguida orientá-lo a mudanças que irão favorecer o seu bem-estar e até mesmo o seu quadro clínico.

Segundo Angermi (2016), o profissional que exerce seu papel diante do doente e todas as suas dificuldades e barreiras estabelecidas pela doença e talvez pela instituição, deve ter a sensibilidade no momento de se colocar em contato com o paciente oncológico, levando em consideração se esse atendimento está sendo iniciado a pedido do paciente ou se foi estabelecido pela equipe multiprofissional. Essa solicitação de atendimento pode ser feita diante do quadro psicológico do paciente, contudo a demanda é estabelecida após o relato do paciente, se as suas atitudes, seus questionamentos e como ele está vivenciando a situação. Portanto é essencial que haja uma certa demanda para que o tratamento tenha sucesso, todavia, o profissional pode sim iniciar o tratamento mesmo que no momento ainda não tenha sido estabelecida uma demanda específica, certamente essa demanda surgirá com o tempo.

O trabalho inicial do psicólogo hospitalar é compreender a necessidade de uma identificação entre o profissional e o paciente. Conferir sempre o diagnóstico do paciente, buscar mais dados sobre ele e principalmente seu nome, pois deve ser preservada a sua identidade e o paciente entende esse respeito e sensibilidade (ANGERAMI, 2016).

Há muito o que se fazer pela melhor qualidade de fim de vida do paciente, mesmo que não tenha mais 'nada' a ser feito relacionado a cura da doença, ainda tem muito a ser feito pelo paciente. O profissional de psicologia ajuda o paciente a buscar maneiras de enfrentar esse momento e o ajudará a manter sua autoestima, autonomia, identidade e estabilidade em meio a essa patologia.

A importância de uma equipe inter/multidisciplinar apoia-se no desejo de que a pessoa tenha uma morte natural e humanizada, sem que o paciente fique sozinho ou, ainda, ligado a uma parafernália de equipamentos que atrapalhem a sua morte (Soavinsky, 2009)

Quando um paciente inicia a fase terminal, seus familiares também são direcionados aos cuidados dos profissionais de saúde, seja por conta das dificuldades de compreender e ressignificar essa situação ou por não se sentir bem psicologicamente, diante do quadro médico do seu parente. Mesmo diante morte, que é o momento final do paciente, o psicólogo direciona sua atenção exclusivamente para ele e sua família, contudo, quando o paciente falece esses atendimentos são voltados para seus familiares na intenção de que seja restabelecido o equilíbrio da família, que

perdeu um membro da família.

Por fim, é importante salientar que o paciente que se vê diante desse diagnóstico e que não tem acesso a nenhum tratamento terapêutico, se vê com medo, angustiada e com insegurança, e é exatamente esse o papel do psicólogo. Agir como mediador do paciente e seus familiares, para que possam reorganizar suas vidas, mesmo que a morte esteja tão próxima. O paciente tem a sensação de amparo quando percebe que o profissional está dando total atenção a ele, que suas crises de angústias e momentos de medo importam, que mesmo na finitude, ele é alguém, que ele não perdeu sua identidade e que ninguém desistiu daquela vida pelo simples fato de não ter cura para a sua doença. Essa sensibilidade contribui para que todas essas frustrações sejam tratadas e que a pessoa possa ter mais tranquilidade e aceitação diante a sua morte. Podendo assim debater sobre qual seria o seu desejo quando chegasse a hora de sua morte, suas preferências em roupa, local e maneira de sepultamento. Discutir sobre os aspectos de vida e morte nos torna mais conscientes e preparados para ajudar o paciente frente a terminalidade e cuidados paliativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o diagnóstico oncológico gera um temor no paciente, devido às incertezas dos sintomas, tratamentos, possibilidades de cura ou avanço da doença, o que acaba levando a possibilidade de óbito. Esse processo de finitude ocasiona um sofrimento físico, emocional, familiar, social e espiritual que atinge tanto paciente quanto as pessoas que estão a sua volta.

A terminalidade ainda é considerada como um assunto tabu, em processo de construção e adaptação, tanto para os que recebem o diagnóstico de uma doença incurável quanto para a equipe profissional. Cuidar dessas pessoas exige conhecimento técnico e manejo, pois o profissional irá se deparar com situações em que estarão em confronto com a própria finitude e precisará de habilidades comunicativas com o paciente e seus familiares, utilizando os cuidados paliativos. Trabalhar com pacientes oncológicos é envolver-se com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal, visando ao atendimento integral do paciente para diminuir o sofrimento inerente ao processo da doença (COSTA NAKAMOTO; ZENI, 2009)

Cuidado paliativo é não adiar e nem acelerar a morte do outro, é fazer com que esse momento seja algo natural, não tendo relação alguma com a eutanásia, sendo sim recomendado a utilização da ortotanásia, ou seja, o paciente terá uma morte natural, no tempo correto e mantendo a sua dignidade. Garantir a qualidade de morte é mais importante do que preservar a vida a todo custo.

Este estudo teve como objetivo principal identificar por meio da literatura a importância dos cuidados paliativos no ambiente hospitalar e compreender como esse trabalho é realizado com os pacientes oncológicos e seus entes. Analisando os estudos encontrados na literatura, compreendeu-se que o paciente passa por várias situações que desencadeiam um sofrimento psicológico e emocional, e através do trabalho da equipe multiprofissional, com profissionais especialistas e capacitados é realizado os cuidados paliativos com pacientes oncológicos terminal.

O estudo pontua que o cuidado paliativo é importante para o paciente que está vivenciando um processo de finitude, tendo em vista que o tratamento paliativo será direcionado pelos profissionais de maneira que se mantenha o respeito pelos valores, dignidade e autonomia do paciente. Pesquisar sobre cuidados paliativos em pacientes oncológicos no processo de finitude ajudará a entender a importância do tratamento paliativo para uma melhor compreensão da doença e o processo de morte.

Considerando o que foi apresentado, o tratamento de cuidados paliativos é necessário ser falado e aplicado em pacientes oncológicos que estão no processo de finitude, bem como a relevância do psicólogo hospitalar em conjunto com a equipe multiprofissional, evitando maiores sofrimentos na vida do paciente e seus entes. Comprovou-se que pacientes oncológicos que iniciaram o tratamento paliativo precocemente vivem por mais tempo e tem uma qualidade de vida melhor do que pacientes que não buscam o tratamento paliativo ou que inicia de maneira tardia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI, Valdemar Augusto e GASPAR, Karla. **O câncer diante da psicologia: uma visão interdisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

BURLA, C.; Azevedo, D. L. **Palição: cuidados ao fim da vida**. In Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gozoni ML eds. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011; 269-280. Disponível em http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_487789265.pdf Acesso em 19 agosto 2022.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2.ed. São Paulo: s. n., 2012

COSTA, A. P. P.; OTHERO, M. B. **Conceitos, princípios e formação em Cuidados Paliativos**. In: _____. Reabilitação em Cuidados Paliativos. Loures, Portugal: Lusodidacta, 2014. p.23-36

COSTA, C. L.; NAKAMOTO, L. H.; ZENI, L. L. **Psico-oncologia em discussão**. São Paulo: Lemar, 2009

DOMINGUES, Gláucia Regina et al . **A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares**. *Psicol. hosp.* (São Paulo), São Paulo , v. 11, n. 1, p. 02-24, jan. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002
Acesso em março de 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S. A., 2008. 200 p.

HENNEZEL, M. **A morte íntima: aqueles que vão morrer nos ensinam a viver**. (Sá O. A. Trad.) SP: Ideias e Letras, .2004

Instituto Nacional de Câncer-INCA. **O que é câncer**. Gov.br, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>
Acesso em setembro de 2022.

Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Como surge o câncer?** Gov.br, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/como-surge-o-cancer>
Acesso em setembro de 2022.

Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Tratamento do câncer**. Gov.br, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>
Acesso em setembro de 2022.

JUNGES, J. et al. **Reflexões legais e éticas sobre o final da vida: uma discussão sobre a ortotanásia**. *Revista Bioética*, v.18. p. 275-288, junho de 2010. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/564/537#:~:text=A%20distan%C3%A1sia%20%C3%A9%20o%20investimento,artificial%20e%20outras%20medidas%20invasivas.
Acesso em setembro de 2022.

KOVÁCS, Maria Júlia. **O caminho da morte com dignidade no século XXI**. *Revista Bioética* (Impr.) São Paulo. 2014, p. 94-104. Disponível em: http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Varias_Dignidade.pdf Acesso: 09 Mar 2021.

KÜBLER ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. (2a ed.) São Paulo. Martins Fontes, 1985.

LELES, Mariana. **Reflexões sobre o estado de agonia em pacientes em fase final de vida**. Portal PEBMED, 2018. Disponível em: https://pebmed.com.br/reflexoes-sobre-o-estado-de-agonia-em-pacientes-terminais/?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytext
Acesso em agosto de 2022.

LIMA, Telma; MIOTO, Regina. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Revista Katálysis. Florianópolis, v. 10, n., p. 37-45, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/HSF5Ns7dkTNjQVpRyvhc8RR/?lang=pt#>
Acesso em setembro de 2022.

LYNN J. Living long in fragile health: **the new demographics shape end of Life care. Improving End of Life Care: why has it been so difficult?** Hastening Center Report Special Report ,2005

MACIEL, Maria: **A Terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: Considerações e perspectivas**. Prática Hospitalar, ano VIII, n.47,p.46-49, outubro de 2006. Disponível em: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/download-manager-files/ph_terminalidade_da_vida.pdf
Acesso em outubro de 2022.

ROCHA, Lucas; FARIAS, Adriana. **Cuidados paliativos trazem conforto, bem-estar e alívio do sofrimento; entenda**. CNN Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/cuidados-paliativos-trazem-conforto-bem-estar-e-alivio-do-sofrimento-entenda/>
Acesso em outubro de 2022

SANTOS, André; FERREIRA, Esther; GUIRRO, Úrsula. **Atlas dos Cuidados Paliativos 2019 Brasil**. São Paulo. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2022. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf
Acesso em setembro de 2022.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. (6aed.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SCOTT, J. **Terapia cognitiva na prática clínica: um livro de casos ilustrativo**. Ed: Pacientes com câncer. Edição J Jan Scott Mark G Williams, Aaron T Beck. Londres: Routledge, 1991.

SOAVINSKY, M. A. Morrer com dignidade. In: Encontro de Bioética do Paraná – **Bioética início da vida em foco**. Curitiba. Anais eletrônicos. Curitiba: Champagnat, 2009.

TEMEL, Jennifer. et al. **Cuidados paliativos precoces para pacientes com câncer de pulmão de não pequenas células metastática**. The New England Journal of

Medicine, 2010. Disponível em:
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1000678>
Acesso em outubro de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO (2002). **National câncer control programmes:** Policies and managerial guidelines Geneva: Author, 2002.