



## **Representações da psicologia de cuidados paliativos em pacientes terminais com câncer: uma análise teórica**

Alexandre Lopes Szczerepa<sup>1</sup>

Viviane Santin<sup>2</sup>

Marcos Vinicius Barszcz<sup>3</sup>

**Resumo:** Os cuidados paliativos se constituem como etapa importante para pacientes com doenças terminais. Partindo desse pressuposto, cabe analisar quais são as representações da psicologia de cuidados paliativos em pacientes terminais com câncer. Como a abordagem é ampla, recorreu-se ao discurso de autores que já se debruçaram sobre esta e outras temáticas. Para que este objetivo fosse alcançado, fez-se necessário compreender se tais autores possuem metodologias diferenciadas, ou se o número de formas de abordagem é limitado. Assim, foi possível perceber qual a posição do corpo teórico selecionado a respeito das representações de cuidados paliativos. A partir da pesquisa bibliográfica e qualitativa, por meio da análise e seleção das ideias de autores que dialogam com este campo do saber, foi possível perceber que a psicologia de cuidados paliativos ainda possui aspectos a serem discutidos. Não há consenso na afirmação de que a espiritualidade ajuda ou atrapalha o tratamento, assim como há intenso diálogo para afirmar se a tecnologia humaniza ou desumaniza as relações. Além disso, percebe-se que o contexto histórico proporcionou mudanças, mas ainda é importante efetuar transformações, para maior qualidade de vida dos pacientes em seus dias finais.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos. Psicologia. Oncologia.

### **1 INTRODUÇÃO**

Os cuidados paliativos se constituem como formas de cuidados para o tratamento de diferentes tipos de pacientes que não respondem mais ao tratamento médico. Em casos terminais, é possível utilizá-los para amenizar a dor e proporcionar maior qualidade de vida ao enfermo. Assim, este conceito pode ser definido por autores ou por relatórios discutidos em instituições mundiais. Como exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), define os cuidados paliativos a partir do seguinte texto: “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida

---

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de psicologia da Faculdade Santana.

<sup>2</sup> Acadêmica do curso de psicologia da Faculdade Santana.

<sup>3</sup> Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Santana, professor orientador.

de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento” (OMS, 1990, p.75). A OMS ainda declara que cuidados paliativos são cuidados ativos e totais do paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, pois enquanto órgão de saúde prioriza a qualidade de vida e a humanização.

Para Herrera (2014), os cuidados paliativos estão contextualizados temporalmente na década de 1960, cuja necessidade era compreender as formas de atuação da prática médica e apontar suas contradições. A ênfase não seria para manter uma visão hospitalar do tratamento paliativo, mas estender essa concepção para outras formas de olhar. A preservação da vida não seria mais exclusiva da prática médica ou da enfermagem, mas também de áreas adjacentes, como a psicologia.

Até esse período, Herrera (2014) salienta que havia grande autonomia por parte da equipe médica ao paciente com cuidados terminais. As mudanças nas formas de encarar a morte são essenciais para que a psicologia ganhe campo e passe a atuar em igualitária escala de importância com as outras áreas.

A partir do que está sendo abordado acima, verifica-se que os cuidados paliativos minimizam o sofrimento de pacientes terminais. Portanto, tais cuidados são necessários para que os mesmos tenham boa qualidade de vida até o momento de sua morte. Em outras palavras, tal qualidade não está associada à causalidade de sua enfermidade, mas das ações complementares que poderão facilitar sua vida em outros aspectos. Considera-se que a Psicologia pode auxiliar nesse processo, mas é necessário distinguir abordagens conforme a eficiência apresentada.

Segundo Castro (2001), nos dias atuais, há inúmeras metodologias de abordagem, aconselhamento e mudança comportamental, que podem ser articuladas com a Psicologia e obter aplicação prática nos pacientes. Entretanto, é preciso ter uma metodologia correta para que posturas inadequadas sejam evitadas, isto é, que o paciente tenha problemas ainda mais significativos e cumulativos.

De que forma a literatura especializada considera os cuidados paliativos para pacientes terminais? Quais as similaridades e diferenças entre os autores? Estas e outras questões motivaram a construção desta pesquisa, que teve por objetivo problematizar as representações da psicologia de cuidados paliativos em pacientes terminais com câncer sob o olhar de alguns autores.

Pensando nessas indagações, a presente pesquisa que aqui se desenvolveu buscou apresentar um levantamento qualitativo bibliográfico sobre a produção e

temas atuais em cuidados paliativos, e ainda levantar um corpo de definições conceituais de cuidados paliativos e identificar diferentes categorias temáticas de aspectos psicossociais de relevância no trabalho do psicólogo em cuidados paliativos a partir da bibliografia científica. Como a abordagem é ampla, foram averiguados os discursos de autores que já se debruçaram sobre esta e outras temáticas, a partir de bancos de dados online.

Para que estes objetivos fossem alcançados, foi necessário identificar diferentes metodologias em cuidados paliativos e averiguou-se se são eficazes, do ponto de vista teórico. Os autores foram lidos, fichados e alguns trechos foram selecionados a partir dos objetivos traçados. Assim, foi possível perceber qual a posição do corpo teórico selecionado a respeito das representações de cuidados paliativos.

Escolheu-se, ainda, o fato de serem pacientes com câncer, porque tal condição atinge milhões de pessoas em todo Brasil. A especificidade do câncer reduziria o material teórico e não daria conta de compreender os casos mais gerais. É evidente que se reconhece a necessidade de estudo específico em torno de cada tipologia do câncer, mas tal recorte atual privilegia pontos mais abrangentes, no sentido de que não se restringe a um tipo de neoplasia específica.

Assim, faz-se necessário explicitar a referida metodologia que foi utilizada na presente pesquisa. Para Fonseca (2002), este tipo de pesquisa é utilizado em estudos exploratórios e descritivos e pode ser de dois tipos: levantamento de uma amostra e quantitativo. A presente pesquisa também se configura como de caráter exploratório.

Estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a tomá-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. (GIL, 2002, p.62).

Por fim, a pesquisa se caracterizou como qualitativa. Essa tipologia se caracteriza por analisar as informações teóricas em sua qualidade. Gil (2002) enfatiza que este tipo de pesquisa possui destaque em analisar a fonte a partir de suas características próprias, ou seja, a informação é vista em sua complexidade e “filtrada” de acordo com a temática escolhida pelo pesquisador. Assim, busca-se somente o que interessa para a pesquisa, dialogando a informação com os teóricos escolhidos.

As informações extraídas dos autores selecionados foram catalogadas, de modo a priorizar o alcance dos objetivos. Estes trabalhos podem ser encontrados em periódicos online e em portais de busca acadêmicos, o que facilita e coloca critério para a seleção dos trabalhos, a citar Google Scholar, Scielo, bancos de trabalhos localizados em instituições de ensino superior e bibliotecas online que podem ser acessadas mediante o site de buscas. Os autores foram pesquisados a fim de compreender suas contribuições na área de Psicologia e suas correspondentes. Optou-se por pesquisadores mestres e doutores e Revistas de Qualis<sup>4</sup> B ou A.

Ainda optou-se por este corpo teórico pelo fato de mesclar autores da Psicologia com pesquisadores de outras áreas, o que dá maior mobilidade para a pesquisa, visto que os cuidados paliativos não devem estar restritos ao psicólogo, mas deve haver esforço conjunto. Dessa maneira, cada informação qualitativa extraída dos autores foi colocada no texto com o objetivo de dialogar com as diferentes áreas e compreender que os cuidados paliativos vão além da esfera profissional do psicólogo, ainda que este possua essencial função para a saúde mental do paciente.

Os motivos que nortearam a produção deste trabalho estão assentados na análise feita por Castro (2001). Para ela,

A importância de se permitir morrer humanamente, sem incorrer em processos prolongados, resgata a dignidade deste em seu momento final, ajudando-o a enfrentar a morte. Todos da equipe médica têm seu papel de importância. Principalmente a psicologia por estudar o ser humano na sua forma mais íntima. É imprescindível a atuação do psicólogo, colaborando para que este paciente, sua família e a equipe médica possam buscar um maior equilíbrio de vida interior e um grau de adaptação à realidade. (CASTRO, 2001, p.44).

Dessa maneira, o trabalho da autora enfatizou os cuidados paliativos necessários para que o paciente seja visto como um todo, dentro da equipe médica. Isso implica em tornar seu sofrimento minimizado e fixar o discurso em torno de objetivos definidos, que venham de encontro às necessidades de quem está sendo tratado. Na opinião da autora, o trabalho do psicólogo é fundamental para que o

---

<sup>4</sup> QUALIS B é um índice de qualidade estabelecido para publicações acadêmicas, direcionadas a mestrados ou mestres. O QUALIS A refere-se ao mesmo índice, mas apresentam-se trabalhos feitos por doutorandos e doutores. Foram utilizados 13 periódicos de revistas, que oscilaram entre produções de mestres e doutores. Além disso, houve a menção a um relatório da OMS e foram abordadas cinco obras livrescas, de autores relacionados à Psicologia ou a metodologias de pesquisa.

equilíbrio de vida seja palpável e a realidade e aceitação venham de encontro a uma vida feliz, em seus momentos finais.

Porém, outros autores podem concordar ou discordar dessa posição na justificativa. Por esse motivo, cabe perceber se a psicologia possui lugar de destaque na amenização da dor, ou se sua importância iguala-se a de outras áreas, limitando-se ao conjunto médico. A seguir, veremos as seções estruturadas a partir das etapas metodológicas elencadas, a saber, uma seção que define cuidados paliativos; uma segunda seção na qual se busca ampliar o conceito e analisar algumas de suas representações sociais; e, na sequência, uma ampla seção que discorre sobre perspectiva e possibilidades da psicologia no campo dos cuidados paliativos.

## **2 CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISE CONCEITUAL**

O que são cuidados paliativos? A questão que se levanta não é exclusiva de ordem conceitual. Definir tais cuidados é importante para o exercício prático do psicólogo, visto que seu procedimento pode minimizar ou maximizar danos ao paciente, dependendo do conhecimento do profissional.

Pessini (2003, p.13) apresenta uma definição a respeito dos cuidados paliativos. Para ele, “o cuidado paliativo é a pedra fundamental do respeito e da valorização da dignidade humana, sobre o qual tudo o mais deve ser construído”. Nesse caso, o cuidado é colocado além da esfera de tratamento médico, ainda que o autor parta deste contexto para exprimir suas ideias. O cuidado paliativo relaciona-se com o princípio da dignidade humana, percebido em constituição, mas pouco respeitado em muitas instituições hospitalares e terapêuticas.

Este primeiro conceito está verificado na posição do autor quanto ao cuidado paliativo, bem como seu lugar social enquanto terapeuta. Aliás, o lugar social de cada autor pode determinar sua posição conceitual de uma determinada área ao campo do saber. Assim, seu discurso está voltado para reconhecer o respeito e a valorização do ser, sua dignidade e validade. A partir disso, Pessini (2003) declara que forma-se toda rede de atendimento, as estratégias psicológicas para cada caso e suas implicações a curto e longo prazo (dependendo do paciente).

Outros autores que analisam o conceito de cuidados paliativos também são importantes para que o cunho conceitual não fique imbricado de sentido unilateral.

Araújo (2007) amplia essa discussão, argumentando que não é só a terapia que é capaz de alterar a qualidade de vida do paciente terminal. Para ela, a enfermagem também dialoga com essa área e precisa ser valorizada no cuidado com essas pessoas.

Mediante seus estudos, a autora define cuidado paliativo como “um processo em que se proporciona o máximo de conforto ao paciente sob cuidados paliativos, ajudando-o a vivenciar o processo de morrer com dignidade, para que utilize, da melhor forma possível, o tempo que lhe resta” (ARAUJO, 2007, p.15). Mediante esse texto, percebe-se a importância da área em proporcionar o conforto necessário ao paciente e conduzir suas ações para que ele se sinta bem consigo e com os que estão ao seu redor.

Ainda vale lembrar que por mais diferentes e específicas que sejam as áreas das quais os autores partem, suas definições sobre o conceito de cuidado paliativo são bem próximas, pois ambas estão direcionadas à humanização e à qualidade de vida, de modo que estes termos aparecem de forma direta ou indireta nos textos.

Uma má atuação do psicólogo pode afetar diretamente a saúde do paciente. Azzi (2010) declara que uma estratégia equivocada traçada por este profissional pode trazer consequências indesejáveis para a vida do paciente, em múltiplas situações. Os motivos colocados pelo autor são muitos: falta de preparo na graduação, falta de motivação, ausência de conhecimento teórico, etc. Para ele, “o psicólogo deverá trabalhar obrigatoriamente em colaboração com o médico, colaboração verdadeira e criadora, e não simples coexistência pacífica ou tolerância recíproca”. Em muitos casos, o autor destaca que o psicólogo e o médico acabam tentando fazer aquilo que não é de sua profissão: o médico tenta agir erroneamente como psicólogo e o psicólogo tenta fazer o trabalho que é do médico.

Para Azzi (2010), essa inserção no campo do conhecimento alheio sem a devida preparação teórica pode conduzir o paciente a pensar que seu problema não pode ser resolvido, ou menos que a cura física para uma doença terminal é possível. Assim, tal situação pode maximizar o problema, sendo causado por erro do profissional no atendimento do paciente.

Com tais definições, percebe-se que o conceito de cuidado paliativo está diretamente vinculado aos cuidados com o paciente terminal, proporcionando-lhe qualidade de vida e o máximo de conforto possível até o momento de sua morte. Após

a definição do conceito, cabe perceber de que forma o cuidado paliativo é importante para a Psicologia e quais suas formas de abordagem diante do exposto teórico.

## 2.1 CUIDADOS PALIATIVOS NA PSICOLOGIA: PARA ALÉM DO CONCEITO

Anteriormente foi possível perceber que o conceito de cuidado paliativo pode ser definido em algumas formas de saber: no caso acima, a psicologia, a enfermagem, e a medicina foram as áreas da saúde que deram contribuições importantes para a compreensão do conceito. Mas, em que a Psicologia pode acrescentar para contribuir com os cuidados paliativos? Existem especificidades para definir o conceito de cuidado paliativo?

A partir dos estudos de Hermes e Lamarca (2013), percebeu-se que os estudos referentes aos cuidados paliativos estão imbricados de sentido humanitário. Isso porque o trabalho do psicólogo vai além do diagnóstico e do cuidado complementar. Nessa opinião, o trabalho da psicologia é maior do que de outros componentes da equipe médica, já que os cuidados paliativos envolvem mais a mente e sua equilíbrio. Dessa maneira, enquanto há posição de autores como Castro (2001), que defendem que o trabalho do médico e do psicólogo se equiparam, há outros como Hermes e Lamarca (2013) que colocam a psicologia em grau de importância maior, por sua maior proximidade com o paciente.

É claro que tal temática é relevante, já que é preciso saber o lugar social da psicologia no tratamento de pacientes terminais. Mas importa saber qual o lugar do paciente e suas visões, assim como o próprio conceito de representação e de cuidado paliativo, dentro da psicologia. O primeiro conceito poderá ser visto mediante análise teórica. Já os conceitos podem ser emprestados de outras áreas, como a História e a ciência médica.

Chartier salienta que:

Desta forma, pode pensar-se uma história cultural do social que tome por objeto a compreensão das formas e dos motivos — ou, por outras palavras, das representações do mundo social — que, à revelia dos atores sociais, traduzem as suas posições e interesses objetivamente confrontados e que, paralelamente, descrevem a sociedade tal como pensam que ela é, ou como gostariam que fosse. (CHARTIER, 1990, p.19).

No que se refere a esta temática, percebe-se que cada sujeito é um ator social e possui visões dicotômicas do mundo do qual faz parte. Dessa maneira, sua interação social se modifica com o tempo e com as experiências. Parte-se da realidade de cada sujeito para se compreender como gostariam que fosse o mundo, as pessoas, as condições.

Por outro lado, segundo Peres (2007), o trabalho com os pacientes revela um contexto local, de dimensões limitadas a um determinado ponto de partida. Dessa forma, o conceito da psicologia é amplo porque as condições mentais que envolvem o bem-estar do paciente variam mais do que as condições físicas. O autor acredita que, enquanto a enfermagem desempenharia um papel de alívio da dor, com complemento de humanização, a psicologia inverte o estudo, atribuindo papel central ao aspecto mental e ao bem-estar social do paciente.

“A medicina de cuidados paliativos vem se direcionando a uma visão mais abrangente do modelo de atendimento na área da saúde, enfatizando a importância de fatores ambientais e psicossociais” (PERES, 2007, p.83). Assim, a Medicina de cuidados paliativos e a Psicologia dialogam constantemente para uma melhor definição do conceito, de modo que podem valorizar ou amenizar a situação inicial encontrada.

Assim, cabe compreender as particularidades do cuidado paliativo, já definido e especificado na área da Psicologia. Como o trabalho deve ser feito? Quais são os entraves e possibilidades de maior sucesso da estratégia adotada? As linhas a seguir mostram esses dados, com ênfase em cuidados paliativos em pacientes oncológicos.

## 2.2 O CUIDADO PALIATIVO NA PSICOLOGIA: PERSPECTIVAS E POSSIBILIDADES

Para Guimarães (2011), o paciente oncológico possui características específicas de tratamento em relação a outras enfermidades no que se refere a cuidados paliativos. Isso porque existe uma ideia geral pré-concebida de que o câncer é incurável. Ao mesmo tempo, há relatos midiáticos e populares de que o câncer, em determinadas formas, pode ser curado. No caso de pacientes terminais, o autor declara que a indecisão quanto à cura pode gerar incertezas no tratamento, de modo



que alguns ainda possuem formas de crença de que irão melhorar seu estado de saúde.

O autor ainda considera que a religião pode ser um entrave no processo de conscientização da terminalidade. No entanto, quem aprofunda essa discussão é Peres (2007), que discorda ao afirmar que a religiosidade pode ser benéfica no tratamento de pacientes terminais. Assim, uma discussão de ordem fundamental é estabelecida: seria a religião aliada ou entrave no tratamento de pacientes em cuidados paliativos?

Isso porque a ligação do indivíduo com o religioso deve ser observada pelo psicólogo. Se uma relação de fanatismo for constatada, é necessário que haja intervenção, pois, o fanatismo religioso pode levar a uma compreensão cega de que o tratamento não funcionará, mas que o transcendente pode intervir na melhoria das condições físicas do paciente. Entretanto, para Peres (2007), se a relação com o religioso não chegar a ponto de o indivíduo centrar toda sua trajetória no transcendente, é possível que a ligação com o espiritual se efetive enquanto benéfica.

Para Peres (2007),

A transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que esta se aproxima do seu fim. Em cuidados paliativos, perguntamos ao paciente o que ele considera importante realizar nesse momento de sua vida e trabalhamos com o controle dos sintomas. Buscamos conferir ao paciente todas as condições necessárias para as suas realizações nesse momento singular. E a dimensão da espiritualidade torna-se realmente de grande importância. O cuidado paliativo é a modalidade de assistência que abrange as dimensões do ser humano além das dimensões física e emocional como prioridades dos cuidados oferecidos, reconhecendo a espiritualidade como fonte de grande bem-estar e de qualidade de vida ao se aproximar a morte. (PERES, 2007, p. 82)

A partir do trecho exposto pelo autor, identifica-se que a ideia de transcendência da existência confere centralidade à vida de alguns indivíduos. Crer que existe algo maior do que a dor passada no momento do tratamento, ou mesmo na aceitação de que não há outro caminho a percorrer para dar continuidade à vida, é uma forma de alento que grande parte dos pacientes podem experimentar, afirma o autor (PERES, 2007, p.83).

Já a enfermagem e a medicina têm como papel central proporcionar alívio de sintomas físicos ao paciente em cuidados paliativos. A dor, por exemplo, pode ser minimizada com o uso de procedimentos químicos. Entretanto, as experiências de

cada área permitem com que os pesquisadores afirmem que o transcendente também pode ser de grande utilidade para amenizar a dor.

Para o psicólogo, o uso de procedimentos químicos não garante melhor qualidade de vida, segundo Peres (2007). Aliás, pode ainda limitar a ação do paciente e suas tomadas de decisão. Entretanto, Guimarães (2011) defende sua visão pessimista a respeito de pacientes que optam pelo abandono do tratamento porque deixam o transcendente “agir” exclusivamente na melhoria dos sintomas. Para ele, o discurso religioso não deve sobrepujar o discurso do psicólogo e do médico.

Além do pessimismo do autor quanto ao tratamento, faz-se necessário pensar o pessimismo do paciente para com seu estado de saúde. Neto e Marujo (2012) caracterizam o pessimismo como um estado temporário que pode ser alterado mediante a psicologia positiva<sup>5</sup>. Para tanto, o apoio da família é fundamental.

Uma terceira via se manifesta perante a obra de Bertachini e Pessini (2010). Os autores salientam que “há um cansaço na cultura contemporânea em relação a uma ciência médica e psicológica que reduz o ser humano meramente à sua dimensão biológica orgânica” (BERTACHINI; PESSINI, 2010, p.316). Dessa forma, os autores defendem que não é válido estabelecer pensamento reducionista quanto ao ser humano, mas ampliar suas abordagens para além da área médica. Assim, o psicólogo, o médico e outros profissionais da saúde poderão trabalhar de forma mais humanizada.

Assim, a Medicina e a Psicologia passam a dar mais valorização para o espiritual, desde que o acompanhamento não gere negligência de tratamento por conta da fé do paciente. Em outras palavras, o psicólogo não deve encorajar o paciente a deixar o tratamento químico para voltar-se exclusivamente para a fé, mas pode valorizar a espiritualidade e a crença do paciente para que os seus últimos dias sejam amenizados de dor.

Os autores ainda complementam que:

Em meio medicalizado, a dor perturba e desnorteia a vítima, obrigando-a a entregar-se ao tratamento. Ela transforma em virtudes obsoletas a compaixão e solidariedade, fonte de reconforto. Nenhuma intervenção pessoal pode mais aliviar o sofrimento. Só quando a faculdade de sofrer e de aceitar a dor for enfraquecida é que a intervenção analgésica tem efeito previsto. Nesse sentido, a gerência da dor pressupõe a medicalização do sofrimento. A dor pode ser definida como uma perturbação, uma sensação no corpo. O

---

<sup>5</sup> É definida como uma tentativa de levar os psicólogos contemporâneos a adotarem uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas (HERRERA, 2013).

sofrimento, por outro lado, é um conceito mais abrangente e complexo, atinge o todo da pessoa. Pode ser definido, no caso de doença, como um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça à integridade do eu. Pode existir dor sem sofrimento e sofrimento sem dor. Em cada caso, somente nós podemos senti-lo, bem como aliviá-lo. A dor exige medicamento e analgésico, o sofrimento clama por sentido. (BERTACHINI & PESSINI, 2010, p.318).

Na citação, os autores fazem algumas reflexões para a compreensão dos cuidados paliativos da Psicologia. Uma delas refere-se à medicalização do sofrimento, e a outra está diretamente vinculada à sua impossibilidade. No decorrer da obra, os pesquisadores ainda definem o que é dor e sofrimento, ressaltando (BERTACHINI & PESSINI, 2010, p.320) que a Medicina se torna limitada em estabelecer cuidados paliativos, mas que a Psicologia possui condições de diferenciar cada uma delas e proporcionar tratamento para o sofrimento.

Assim, separa-se a dor do sofrimento e designa-se a primeira para o médico, e a segunda para o psicólogo. Nesse caso, para Bertachini & Pessini (2010), o sofrimento pode ser minimizado pela experiência pessoal com o espiritual, o que não deve ser barrado pelo psicólogo. Na visão dos autores, a dor pode ser minimizada com o uso de analgésicos e com o tratamento químico designado para cada finalidade. Dessa maneira, especifica-se cada função e o cuidado paliativo passa a ser voltado também para o aspecto espiritual.

Outro aspecto que pode ser considerado como problematizador é a tecnologia. Alguns autores destacam seu papel humanizador e outros reforçam que ela desumaniza as relações entre pacientes e cuidadores. No caso de pacientes terminais, os cuidados paliativos com uso da tecnologia podem receber a mesma análise, conforme observa-se nos parágrafos a seguir.

A tecnologia pode auxiliar ou atrapalhar a dinâmica dos cuidados paliativos. A partir dos argumentos de Rabello (2010), percebe-se que o trabalho com tecnologia já foi mediado nos cuidados paliativos, de modo que a interação entre os campos não é novidade. Mesmo assim, cabe ressaltar que os aspectos que norteiam a relação entre Psicologia e Tecnologia podem ser analisados de forma diferenciada, à luz das evidências teóricas.

Para ele, “se a tecnologia pode, por um lado, acelerar o processo de cura, leva, por outro, ao prolongamento da vida ou a manutenção desta, muitas vezes sem qualidade” (RABELLO, 2010, p.380). Assim, no que se refere aos cuidados paliativos,

o paciente pode ter menos qualidade de vida, se o mesmo voltar-se exclusivamente para a atenção à tecnologia.

Aliás, em se tratando de casos paliativos, é preciso ampliar o conceito para compreender que ele pode ou não aplicar-se a pacientes terminais. Nesse caso, o uso do termo paliativo, para o autor, designa um cuidado constante que não leve ao excesso. Entretanto, o uso da tecnologia em pacientes terminais deve ser mediado e conhecido pelo psicólogo. Em um exemplo citado pelo autor, verifica-se que a proximidade tecnológica proporcionada pelas redes sociais pode amenizar a dor, mas ao mesmo tempo “ser uma ferramenta de isolamento que permite o exercício dos sintomas da depressão” (RABELLO, 2010, p.381).

O autor ainda ressalta que “as famílias dos pacientes sob cuidados paliativos pediátricos vivem um processo arrastado de doença de um de seus componentes. O paciente nunca fica doente sozinho, mas toda sua família adocece junto” (RABELLO, 2010, p.382). Assim, as crianças em estado terminal podem estar mais expostas a *smartphones*, *tablets* e outros periféricos. Sendo terminais, o uso da tecnologia que parte delas deve ser igualmente mediado, e a família deve atuar de maneira constante para que a qualidade de vida do paciente infantil não seja condicionada a seu uso exclusivo.

Por sua vez, Herrera (2014) considera que os cuidados paliativos possuem baixa tecnologia e grande ênfase ao contato de sujeitos, priorizando o contato humano. Assim, compreender a presença ou não da tecnologia para uso do paciente em estado terminal vai além da mera instrumentalização do trabalho.

O surgimento da tecnologia para amparar o tratamento de cuidados paliativos vem acompanhado de uma nova visão sobre a morte e as alterações do comportamento individual e coletivo diante deste processo biológico (RABELLO, 2010, p.384).

Ainda, é preciso perceber que o uso da tecnologia para pacientes terminais caracteriza diferenciação social, na medida em que nem todos possuem tais recursos. O psicólogo pode sugerir ao paciente o acompanhamento de vídeos, músicas relaxantes, mensagens motivadoras, dentre outras opções, mas estas devem ser acessíveis ao paciente.

Com imersão cada vez mais significativa na tecnologia computadorizada, a revolução ingressa na psicologia. Para (Herrera 2014, p.8), “percebe-se que, se há um avanço na ciência médica racional em relação ao prolongamento da vida, nem

sempre ocorre o mesmo no que diz respeito aos sentimentos e emoções; que podem inclusive ser recalçados conforme cresce o grau de individualização". A partir dessa análise, percebe-se que o surgimento da tecnologia pode ampliar as possibilidades de reconhecimento do problema médico, mas também promove desumanização, distanciamento entre seres e balizas para a psicologia de cuidados paliativos.

A ciência médica fez inúmeros avanços para cuidados com pacientes terminais. Dentre outras formas de amenização tecnológica da dor, Herrera (2014) cita:

[...] os termômetros infravermelhos que dispensam o toque na pele do paciente, morfina de liberação rápida ou lenta, outros opióides "fracos" (codeína, oxicodona), analgésicos antiinflamatórios não hormonais que podem ser administrados pelo próprio paciente por via oral ou sub-cutânea. A musicoterapia, terapias cognitivo comportamentais e outras técnicas terapêuticas de relaxamento como o RIME (imagens mentais e espiritualidade) têm uma boa aceitação entre os pacientes, além, é claro, de escalas para avaliação de sintomas (como a Escala Edmonton - instrumento de avaliação composto por nove sintomas físicos e psicológicos encontrados em pacientes com câncer). (HERRERA, 2014, p.11).

Entretanto, no que envolve o cuidado psicológico, o autor declara que a proximidade com o paciente é importante e o uso da tecnologia não garante melhora na qualidade de sua vida restante. Dessa forma, o autor considera que o fato de o cuidado paliativo voltado ao atendimento psicológico ser de baixo uso tecnológico, não se deve confundir o conceito com a precarização do trabalho, ou marginalidade do campo. Em sua conclusão, ele ainda acrescenta: "sugiro então romper com a polarização tecnologia versus cuidados paliativos e pensar as práticas de cuidado e atenção como mais uma das formas de tecnologia empregadas pelos paliativistas" (HERRERA, 2014, p.15).

Portanto, a partir do exposto pelo autor, verifica-se que o psicólogo pode se utilizar da tecnologia em sua prática, na conversação e indicação de materiais. Entretanto, é importante que a tecnologia não supere as relações humanas e que tais relações sejam pautadas no profissionalismo, no apego à teoria e na experiência prática planejada cotidianamente.

É possível dialogar o trabalho de Herrera (2014) com a obra de Floriani (2010), pois, apesar de produzidas em temporalidades e localidades diferentes, suas ideias quanto ao uso tecnológico são semelhantes. A obra de Floriani (2010) se ampara em sua experiência médica e reitera as necessidades de trabalhar a humanização com crianças dependentes de tecnologia médica. Nesse caso, não refere-se a

*smartphones* e suporte que a *web* pode trazer ao conforto do paciente, mas a procedimentos químicos constantes que amparam determinadas circunstâncias.

Equipamentos relacionados à ventilação mecânica, hemodiálise e uso endovenoso de medicamentos são colocados pelo autor como exemplos desse uso tecnológico. Evidentemente, esses casos também devem ser questionados quanto ao uso da tecnologia, visto que tais recursos podem, apenas, prolongar uma vida sem qualidade.

Outro fator que deve ser considerado é que pacientes adultos e pacientes crianças/adolescentes possuem peculiaridades de tratamento, estratégias de abordagem e planejamento diferenciados. No que se refere às crianças, por exemplo, há uma relação de dependência com o adulto que é abordada por Floriani (2010). Para ele, muitas crianças, “apresentam importante comprometimento mental, emocional e de comportamento, o que as torna totalmente dependentes de cuidados continuados de seus pais e demais familiares” (FLORIANI, 2010, p.2). Já os adultos possuem diferentes formas de lidar com cada situação, de modo que alguns assemelham-se às crianças, no que se refere a relações de dependência, enquanto outros possuem maior independência.

A eficácia do tratamento só será alcançada se houver mediação e cooperação mútua entre o psicólogo e suas bases teóricas, assim como entre este profissional e o paciente. Como cada indivíduo possui uma necessidade diferenciada, cabe ao psicólogo compreender a melhor forma de estabelecer os cuidados paliativos.

Assim, a tecnologia pode ser benéfica ou maléfica ao paciente, dependendo da forma como o uso é conduzido. Além disso, conforme já visto, a aproximação com o religioso pode ser problemática ou solucionadora, o que também depende da ação estratégica do psicólogo.

Por fim, cabe analisar a influência da família no cuidado paliativo para perceber o quanto a esfera de cuidados pode ser individualizada ou coletivizada. Na concepção de pensamento estabelecida por Reigada (2014), percebe-se que a família é núcleo institucional que constitui especificidade na relação com os cuidados paliativos. Em sua pesquisa, a autora identifica que o papel da família é fundamental para compreender os cuidados paliativos e sua aplicabilidade prática. Isso porque uma família ausente é incapaz de gerar qualquer sentimento de coletividade e pertencimento ao paciente terminal. Por outro lado, uma família presente e atuante

pode trazer contribuições significativas para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Em suas palavras,

A doença, quando surge, não afeta uma pessoa nem uma família de igual forma. Cada ser humano possui uma realidade interna formada pelo que se poderia chamar de “sedimentação de experiências”, isto é, uma realidade interna intimamente ligada a um processo em que se misturam sentimentos, afetos, relações e recordações resultantes do intercâmbio entre o meio e o sujeito. Face a realidades externas similares, o indivíduo pode desenvolver realidades internas muito diferentes. (REIGADA, 2014, p.161).

Em primeiro lugar, percebe-se que o impacto da doença no cenário familiar é singular para cada família. Isso quer dizer que cada núcleo familiar possui condições específicas de aceitação ou reação para lidar com o caráter terminal de uma enfermidade. A sedimentação das experiências, citada pela autora no trecho acima, refere-se às maneiras pelas quais cada um interpreta e convive com a notícia de que sua trajetória está sendo encurtada por uma debilidade biológica ou outro problema médico.

Nessa sedimentação, as sensibilidades podem aflorar de diferentes maneiras, desde as mais tímidas até as mais efusivas, passando pela ira, depressão ou rápida aceitação. Para Reigada (2014), a família precisa conhecer os aspectos internos e externos que determinam a ação dos indivíduos doentes, o que traz ao psicólogo a função de trabalhar com o grupo familiar, ou preparar o paciente para que os problemas alheios à sua condição não o afetem integralmente.

Em outras palavras, nem sempre é possível contar com o apoio da família, ainda que este seja fundamental. Portanto, é essencial que o paciente participe das sessões e seja direcionado a compreender seu lugar social a partir do momento em que se encontra.

Reigada (2014) ainda explicita que a doença terminal do paciente pode provocar diferentes reações nos familiares. Os aspectos emocionais podem ficar mais evidentes, o relacionamento com o paciente pode mudar abruptamente e o comportamento diante da situação pode ser múltiplo. Assim, não basta apenas auxiliar o paciente, mas fazer com que o suporte familiar seja embasado em confiança e tranquilidade.

Os cuidados paliativos também devem estender-se para toda a família, desde que esta esteja consciente da participação nas sessões com o psicólogo. No que se refere às sessões conjuntas com o paciente e sua família, Mendes (2009) reitera que:

A aliança com a família é apontada como o primeiro passo no trabalho com o paciente. De fato, ela é de grande relevância para o tratamento ao permitir que a equipe e familiares trabalhem juntos objetivando, cada um em seu lugar, o melhor para o enfermo, mas muitas vezes essa aliança adquire um viés em que o paciente fica excluído das decisões. A equipe de saúde e o familiar tornam-se cúmplices de um mesmo segredo em relação a ele. (MENDES, 2009, p.153).

No trecho, percebe-se que a aliança com a família é vista como positiva ao paciente, pois o trabalho conjunto permite ao psicólogo melhorar a realidade familiar e a percepção de cada componente do grupo de que a doença terminal não deve abreviar a qualidade de vida do paciente. Assim, é importante que o doente esteja incluso nas decisões e que o trabalho seja coletivo.

A eficácia dos cuidados paliativos, nesse caso, pode variar a partir da estratégia tomada, pois o psicólogo pode constatar a necessidade e o interesse do apoio familiar e trabalhar com toda a instituição em conjunto. Porém, Reigada (2014) sustenta que, se perceber que o apoio da família é baixo ou nulo, cabe ao psicólogo desenvolver estratégias que ajudem o paciente a compreender-se enquanto sujeito capaz de manter ou buscar sua felicidade, ainda que em tempo clinicamente menor.

Esse pensamento também é compartilhado por Rodrigues (2011). Para ela, a família é consciente quando o trabalho é desempenhado de forma constante e compartilhada. Assim, o paciente possui maiores condições de aceitação de sua terminalidade. Entretanto, a autora aborda que o espaço domiciliar é importante para manter a qualidade e conforto do paciente. Em seu discurso,

O cuidado domiciliário tem ganhado mais espaço, principalmente, na atenção as doenças crônicas, como o câncer. Este por ser de progressão lenta e ter um curso frequentemente prolongado, exige adaptações e mudanças no estilo de vida não apenas do doente, mas de sua família, pois esta passa a ter em casa uma pessoa que necessita de cuidados específicos. Neste contexto, a assistência integral ao doente oncológico tem se tornado um grande desafio, especialmente, quando este se encontra dependente e/ou em fases avançadas da doença, necessitando de maior atenção e cuidado por parte da família. (RODRIGUES, 2011, p.122).

Assim, o psicólogo pode alcançar ainda mais eficácia no tratamento se acompanhar pacientes terminais em suas residências. Dessa forma, o paciente não



precisaria se deslocar para o consultório, mas esperar o psicólogo e obter a consulta. A proximidade com a família também pode denotar maior atenção, já que haverá maior possibilidade de conversar com todos os envolvidos.

Além do aspecto familiar, ainda é possível levar em conta a relevância da interdisciplinaridade nos cuidados paliativos. Em sua leitura de realidade, Reigada (2014) ressalta que a intervenção psicossocial deve ser ampla e interdisciplinar. Em outras palavras, médicos, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais diretamente vinculados à saúde do paciente devem estar empenhados na integralização do atendimento. A ideia central, objetivo do texto é que o paciente tenha autodeterminação.

Por mais que sua ênfase se dê no trabalho do assistente social, a autora reconhece que o trabalho em conjunto é libertador e acalentador ao paciente. Para ela, "sempre visando estabelecer uma relação de ajuda por meio de uma atitude empática, o profissional deve saber comunicar-se com o doente, a fim de ajudá-lo na resolução de problemas sociais, emocionais, econômicos, entre outros" (REIGADA, 2014, p.160).

Assim, é importante que o psicólogo, o médico, o assistente social e todos os profissionais ligados à prática do paciente sejam integralizados em um atendimento humanizado, que entenda a necessidade da medicalização quando esta for necessária, mas que também priorize os desejos e vontades do paciente, desde que estas não se confrontem com a eficácia do tratamento. A família também deve ser orientada a andar em conjunto com a equipe profissional, de modo que a residência seja uma extensão dos outros ambientes convividos pelo paciente. Entretanto, mesmo que não haja apoio familiar, é fundamental um trabalho profissional conjunto.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio desta pesquisa, foi possível perceber que o trabalho do psicólogo de cuidados paliativos vai além do acompanhamento inicial realizado em consultório. O trabalho com a família, as formas de aconselhamento, o uso moderado da tecnologia, o apreço ou desprezo pela espiritualidade e o apoio da família são aspectos essenciais para se definir a eficácia do trabalho com os pacientes. Entretanto, não há um único suporte metodológico para se compreender todos os casos, pois cada paciente, família e situação emanam determinados cuidados.

Assim, cabe ao psicólogo efetuar um pensamento conjunto com outras áreas de formação como a enfermagem e a medicina, e articular estratégias para que os últimos dias do paciente tenham qualidade de vida significativa. Para tanto, é importante compreender o conceito, a prática, a teoria e as formas de abordagem em cuidados paliativos. Assim, o trabalho poderá ser bem desempenhado e a eficácia se comprovará por meio da melhoria da qualidade de vida dos dias finais do paciente.

Além disso, este trabalho apresentou um levantamento qualitativo bibliográfico que oportunizou o conhecimento conceitual, as categorias temáticas e o trabalho do psicólogo frente aos cuidados paliativos. Percebeu-se que a produção escolhida visou mencionar o papel do médico, do enfermeiro e do psicólogo em suas especificidades. No que se refere a este último, a base teórica mostrou que sua ação é fundamental para ampliar a qualidade de vida dos pacientes, quer seja pelo atendimento, quer pelo suporte acadêmico, pois a produção de conteúdo também é fundamental para ampliação deste campo do saber.

Assim, de acordo com os objetivos propostos de apresentar um levantamento qualitativo bibliográfico sobre a produção e temas atuais em cuidados paliativos, e levantar um corpo de definições conceituais dessa teoria, foi possível evidenciar a eficácia da psicologia para pacientes terminais com câncer. Entretanto, destaca-se que o recorte de pesquisa e a escolha dos autores privilegiou estas conclusões, mas outros recortes e autores poderiam direcionar outros resultados. Assim, convida-se outros pesquisadores a debruçarem suas teorias, análises e práticas sobre o tema, visando enriquecer ainda mais este campo.

## Representations of palliative care psychology in terminal cancer patients: a theoretical analysis.

**Abstract:** Palliative care is an important step for patients with terminal illnesses. Based on this assumption, we analyze the representations of palliative care psychology in terminal patients with cancer. As the approach is broad, we resorted to the discourse of authors who have already dealt with this and other themes. In order for this objective to be achieved, it was necessary to understand if such authors have different methodologies, or if the number of approaches is limited. Thus, it was possible to perceive the position of the selected theoretical body regarding the representations of palliative care. From the bibliographic and qualitative research, through the analysis and selection of the ideas of authors who dialogue with this field of knowledge, it was possible to perceive that the psychology of palliative care still has edges to be trimmed. There is no consensus on the claim that spirituality helps or disrupts treatment, as there is intense dialogue to ascertain whether technology humanizes or dehumanizes relationships. In addition, it is noticed that the historical context provided changes, but it is still important to make changes, to improve the quality of life of patients in their final days.

**Keywords:** Palliative care. Psychology. Oncology

### REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de. SILVA, Maria Júlia Paes da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev esc enferm**, USP, v. 41, n. 4, p. 668-74, 2007.

AZZI, Enzo. A situação atual da profissão de psicólogo no Brasil. *In*: YAMAMOTO, Oswaldo Hajime; COSTA, Ana Ludmila Freire (org). **Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil**. Natal: EDUFRN, 2010. p.106-120.

BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. **Rev Centro Universitário São Camilo**, v. 4, n. 3, p. 315-23, 2010.

CASTRO, Déborah Azenha de. Psicologia e ética em cuidados paliativos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 21, n. 4, p. 44-51, 2001.

CHARTIER, Roger. **A história cultural: entre práticas e representações**. Col. Memória e sociedade. Trad. Maria Manuela Galhardo. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.

FLORIANI, Ciro A. Cuidados paliativos no domicílio: desafios aos cuidados de crianças dependentes de tecnologia:[revisão]. **J Pediatr**, v. 86, n. 1, p. 15-20, 2010.

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, Apostila, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 61.

GUIMARÃES, Claudiane Aparecida; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos. **Psicologia: teoria e prática**, v. 13, n. 2, p. 50-62, 2011.

HERMES, Héliida Ribeiro; ICA, Lamarca. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-88, 2013.

HERRERA, Miguel Hexel; ROHDEN, Fabíola. Prolongar ou libertar? o papel da tecnologia em cuidados paliativos. *In*: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 4., 2013. São Paulo. **Anais...São Paulo: Universidade de Campinas**, 2014.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Revista da SBPH**, v. 12, n. 1, p. 151-173, 2009.

NETO, Luís Miguel; MARUJO, Helena Águeda. Propostas estratégicas da Psicologia Positiva para a prevenção e regulação do stress. **Análise Psicológica**, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Comitê de Peritos da OMS sobre Alívio da Dor do Câncer e Cuidados de Apoio Ativo. **Alívio da dor de câncer e cuidados paliativos**: relatório de um comitê de peritos da OMS. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1990. 75 p.

PERES, Mario Fernando Prieto et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 32, supl. 1, p.82-87, 2007.

PESSINI, Léo. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 27, n. 1, p. 15-32, 2003.

RABELLO, Claudia Azevedo. Figueiredo Guimarães; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. **Ciênc saúde coletiva**, v. 15, n. 2, p. 379-88, 2010.

REIGADA, Carla et al. O Suporte à Família em Cuidados Paliativos/Family Support in Palliative Care. **Textos & Contextos**, v. 13, n. 1, p. 159-169, 2014.

RODRIGUES, Juliana Stoppa Menezes; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. A experiência da família no cuidado domiciliário ao doente com câncer: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 338-46, 2011.