



# CUIDADOS PALIATIVOS: A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO COM PACIENTES COM CÂNCER SEM EXPECTATIVA DE VIDA

PALLIATIVE CARE: THE PSYCHOLOGIST'S PERFORMANCE WITH CANCER PATIENTS WITHOUT LIFE EXPECTANCY

Aline Araújo Torres<sup>1</sup>

---

**RESUMO:** Este artigo foi produzido a partir de um trabalho de conclusão de curso da graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, adotando como método de pesquisa uma revisão bibliográfica. Tem como objetivo conhecer a atuação do Psicólogo com pacientes que tenham câncer sem expectativa de cura, utilizando os cuidados paliativos. Evidencia a importância da presença familiar e do círculo social durante o processo da doença e da morte, além de apresentar o impacto da doença na vida do paciente, dos familiares e da equipe médica. Analisou a importância dos cuidados paliativos na fase terminal e buscou entender qual o exercício profissional do Psicólogo nesse processo e como a psico-oncologia pode contribuir, sendo possível concluir, através das pesquisas realizadas, que esse profissional possui uma função essencial nessa etapa, ele acolhe o sofrimento do paciente e auxilia-o a dar um novo significado para a sua doença e a sua morte, atuando ainda, no acolhimento dos familiares e acompanhantes do enfermo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer; Cuidados Paliativos; Psicologia; Psicologia Hospitalar.

**ABSTRACT:** This article was published based on a bibliographic review, with the objective of knowing an update of Psychologist with cancer patients without expectation of cure, using medical care. It shows the importance of family presence and social circle during the process of illness and death, as well as presenting the impact of the disease on the life of the patient, family members and the medical staff. He analyzed the importance of palliative care in the terminal phase and sought to understand the professional practice of the Psychologist in this process and how psycho-oncology can contribute, since this professional has an essential function in this stage, it welcomes the suffering of the patient and helps him to give a new meaning for his illness and his death, still acting, not welcoming the relatives and companions of the patient.

**KEYWORDS:** Cancer; Hospital Psychology; Palliative Care; Psychology.

---

## INTRODUÇÃO

O câncer refere-se ao crescimento acelerado anormal de células que podem ter causas externas, internas ou ambas associadas (BRASIL, 2010). No momento em que o paciente e os familiares recebem o diagnóstico do médico, na maioria dos casos, devido às incertezas da doença, essa notícia é recebida com muita angústia (BIGHETI; VALLE, 2008). Ao comunicar o diagnóstico, é necessário que o médico observe vários fatores como idade, situação social, econômica, cultural, familiar, psíquica (SPROSSER; ARAÚJO, 1997). O adoecer é um processo complexo em que muda não somente o cotidiano do doente como também o modo de conceber o mundo.

Estima-se que o número de novos casos aumente mais, somente em 2018 serão aproximadamente 600 mil novos casos em todo o país, isso se deve ao fato da maior exposição das

---

<sup>1</sup> Psicóloga com ênfase Clínica e Bolsista Voluntária do Projeto de Extensão Equalizar da UFMG.  
alinetorrespsicologia@gmail.com

pessoas a fatores de riscos cancerígenos. Mudança do estilo de vida, má alimentação, sedentarismo contribuem para o surgimento dessa doença que é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo (INCA, 2018).

A relevância desse tema é justificada devido ao aumento de casos de câncer, em 2018, a expectativa é de que surjam no Brasil cerca de 68.220 casos novos de cânceres de próstata em homens e 59.700 de mama em mulheres, além das outras incidências, que somadas podem chegar a 600.000 novos casos. E vários destes casos tendem a um prognóstico sem cura, sendo o cuidado paliativo capaz de proporcionar uma qualidade de vida a esses pacientes. Assim, através desse estudo tem como objetivos analisar a importância dos cuidados paliativos na fase terminal do paciente e entender qual o papel do psicólogo nesse processo.

Foi utilizado para a produção desse artigo um método qualitativo, utilizando uma revisão bibliográfica a partir de livros e materiais divulgados em meio eletrônico, como dados estatísticos e artigos científicos publicados nas bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e em revistas da área de saúde e de psicologia.

## **CÂNCER SEM CURA E OS CUIDADOS PALIATIVOS**

O câncer é a doença crônica de maior impacto devido à marca que lhe é peculiar, sendo socialmente caracterizado por sofrimento e morte, podendo levar o doente e sua família a um processo de desintegração social (ROSMAN, 2004). A doença crônica, conforme a sua gravidade, pode comprometer a qualidade de vida do indivíduo ou abreviar sua vida, causando grande conflito biopsicossocial. Todavia, se diagnosticados precocemente, 70% dos casos são passíveis de cura. (BRASIL; 2010).

### **Paciente sem expectativa de vida**

Define-se o paciente sem expectativa de vida quando se exaurem as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O indivíduo, portanto, não consegue se recuperar e caminha para a morte, não sendo possível reverter este quadro (MARENCO; FLÁVIO; SILVA, 2009).

Antes de haver quaisquer medidas que aliviavam o sofrimento do paciente terminal, que surgiram somente por volta de 1960, quando todas as medidas terapêuticas em busca da cura se esgotavam o paciente, especialmente aquele em fase terminal, era submetido a um cuidado

exclusivo de higiene e dieta, ou seja, não recebia qualquer abordagem clínica, nem mesmo medidas de suporte, uma vez que já estava destinado à morte (COSTA FILHO *et al*, 2008).

Ainda segundo os autores acima citados, essa é uma das etapas de grandes desafios no cuidado com o doente que não tem possibilidade de cura: é o período em que a morte é iminente, sendo de extrema importância a comunicação e o suporte psicológico e emocional. O paciente apresenta-se muito sintomático e a equipe deve ficar atenta para dar o suporte adequado sem causar mais danos. Assim sendo, a comunicação, a conexão e a aliança terapêutica com a família, instituídos desde o diagnóstico, são essenciais para um fecho menos traumático da circunstância. A equipe consegue perceber o princípio dessa fase em um momento muito mais precoce do que a família e até mesmo do que o paciente (MACK *et al*, 2007). Nesses casos, o principal foco da equipe de saúde deve ser evitar o sofrimento do paciente e confortar os seus familiares.

### **Cuidados Paliativos**

Segundo a autora do artigo *Os Cuidados Paliativos no Brasil*, Ana Georgia Melo (2008), o conceito de cuidado paliativo surgiu na França, por volta de 1960, no movimento *Hospice* criado por Cecily Saunders e seus colegas. Eles queriam apresentar uma nova dimensão do cuidar que abrangia o controle da dor e dos sintomas decorrentes da doença e cuidado que envolvesse os aspectos psicológicos, sociais e espirituais dos pacientes e familiares. A partir desse movimento deu-se início a medicina paliativa que contava com uma equipe específica para controlar a dor do paciente. O termo *palliare* é originário do latim e significa proteger, amparar, abrigar, surgindo à lógica não só da cura, mas também do cuidado.

Os cuidados paliativos buscam afirmar a vida e a morte como processos naturais, não tendem a prolongar ou a postergar a morte, integram os cuidados na tentativa de oferecer ao doente uma qualidade de vida maior.

Melo (2008) afirma que, atualmente, vários países utilizam o sistema de cuidados paliativos, cada um com sua especificidade, desenvolvendo programas nessa área do cuidado. A característica principal da medicina paliativa é o cuidar, dessa forma, alguns pontos devem ser mantidos para garantir a singularidade desse trabalho. A escuta do paciente, fazer um diagnóstico precoce, conhecer os bem os tratamentos disponíveis são essenciais para um bom trabalho.

Considerando tais princípios, a equipe paliativista deve compartilhar e valorizar cada pequeno avanço conseguido. Além disso, a discussão de caso com outros profissionais é ex-

tremamente relevante e valorosa, pois contribui para o crescimento profissional além de contribuir para a prática do trabalho multidisciplinar e o mais importante é este o momento em que é estruturado o melhor tratamento para o paciente em questão. Cada paciente adapta-se de modo peculiar aos cuidados paliativos oferecidos, isso depende da idade, da fase da doença, do círculo familiar, do enfrentamento da doença, das condições socioeconômicas e culturais (Melo, 2008).

Conforme afirma a autora, os programas de cuidados paliativos são compostos por clínica-dia, assistência domiciliar, internação, consultoria e apoio para o luto. Para que os programas sejam bem-sucedidos é preciso que a equipe receba treinamentos para adquirir novas habilidades e técnicas, para que assim seja assegurado a efetividade dos cuidados paliativos.

Além disso, a comunicação entre os profissionais deve estar alinhada, pois muitas vezes o paciente ou seus familiares perguntam ou comentam sobre a informação recebida. Por isso para garantir a credibilidade da equipe é primordial que haja uma comunicação clara e recorrente entre a equipe médica.

O conceito de cuidado paliativo foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990 que diz:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (OMS, 2016).

O Instituto Nacional de Câncer - INCA é um órgão que contribui para o desenvolvimento e coordena a prevenção e o controle do câncer no Brasil. O Instituto apropriou-se desse conceito e as práticas de cuidados paliativos, ou paliativismo, são pensadas a partir dele. A seguir serão apresentadas algumas considerações do INCA sobre o paliativismo (INCA, 2015).

Quando o paciente está em um estágio avançado da doença, em que não há mais proposta curativa, os cuidados paliativos devem ser utilizados para controlar os sintomas mais complexos, é preciso garantir qualidade de vida nesses últimos momentos de vida.

O tratamento ativo é aquele em que há terapia curativa, já o paliativo é quando se decide não fazer mais investimento no paciente, mas isso não significa que o tratamento será finalizado, e sim, que os focos serão alterados. O tratamento paliativo pode acontecer concomitantemente com o tratamento ativo, em determinados casos, introduzindo alguns aspectos do paliativismo, para melhorar o tratamento e a qualidade de vida do paciente. A mudança do

tratamento ativo para o paliativo deve ser contínua e diferente para cada paciente, é preciso, por exemplo, conhecer bem quais os sintomas causadores de sofrimento, assim como a evolução da doença (INCA, 2015).

O tratamento paliativo possui como característica agir ativamente, além disso, há também, os tratamentos radioterápicos e cirúrgicos, que em alguns casos, são necessários para aliviar o sofrimento do paciente. Como as doenças terminais têm características destruidoras tanto físicas, psicológicas e emocionais é primordial que o diagnóstico seja realizado o mais cedo possível, é necessário também que as terapias sejam dinâmicas, humanizadas e respeitem o limite do paciente (INCA, 2015).

Conforme o Instituto Nacional do Câncer (2015) explica, a equipe paliativista deve oferecer ao paciente alívio para seus sintomas estressantes, esclarecer que a vida e a morte são processos naturais, integrar aspectos biopsicossociais e espirituais através da abordagem multidisciplinar e oferecer apoio aos familiares dos pacientes, inclusive suporte ao luto. Para que isso funcione corretamente é preciso que ocorram consultas regulares da equipe multidisciplinar e que as decisões tomadas levem em consideração os aspectos éticos. A comunicação deve ser clara, objetiva e envolver aos familiares, equipe médica e paciente para que o tratamento tenha maior adesão e que a aceitação da eminência da própria morte seja encarada de modo mais natural.

No tratamento com cuidados paliativos é preciso considerar pesquisas para conhecer sobre o manejo de complicações e sintomas decorrentes do tratamento e da evolução da doença. Mesmo com o sentido passivo do termo paliativo, essa abordagem, muitas vezes, precisa ser ativa, principalmente em pacientes com câncer em fase avançada, pois nesses casos os tratamentos cirúrgico e radioterápico são frequentemente utilizados para controlar os sintomas (INCA, 2015).

As características dos cuidados paliativos a serem utilizadas em cada paciente dependerão dos sintomas presentes, da fase da doença, dentre outros aspectos. A escolha pelos cuidados paliativos modernos considera a complexidade do caso e envolvem cuidado integral e abordagem ativa. Já os cuidados paliativos gerais são aqueles que consideram o diagnóstico da doença em progressão e irão atuar nos possíveis sintomas que poderão surgir. Enquanto que os cuidados paliativos específicos são os utilizados quando o paciente se encontra nas semanas ou nos últimos meses de vida, neste momento, é feito um investimento para que o doente continue sendo autônomo e permaneça próximo de sua família. Os cuidados ao fim da vida são referentes aos últimos dias de vida do paciente, essa fase é complicada, porém muito importante, pois contribui para a elaboração do luto (INCA, 2015).

Os cuidados paliativos, na Figura 1, representados pela linha tracejada, mostram que o foco e o objetivo do paliativismo aumentam de acordo com a evolução da doença sem cura até a morte do paciente, e ilustra ainda, que mesmo após a perda do doente a equipe paliativista pode atuar com os familiares do paciente para aceitação e elaboração do luto (Fig.1).

**Figura 1 – O papel do cuidado paliativo durante a doença e o luto**



Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015.

Com a morte do paciente, a equipe paliativista precisa acompanhar este processo, como foi que aconteceu, o grau de conforto e os impactos nos familiares e na equipe multidisciplinar, até que haja a estabilização dos sentimentos referentes a perda. É também necessário avaliar como ocorreu o enfrentamento da descoberta da doença terminal, assim como a doença foi vivenciada tanto pelo paciente quanto pela família (Fig. 2).

**Figura 2 – Transições do paciente e da família durante a doença e o luto**



Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015.

Importante ressaltar que, a família sofre alterações na sua dinâmica desde a descoberta do diagnóstico, antes tem-se um membro familiar ativo e no decorrer da doença, ele torna-se

um paciente e após a sua morte há vazão daquele membro (Fig. 2). Essas intervenções devem iniciar logo após o óbito como medidas preventivas. (SBGG, 2015).

### **Cuidados Paliativos no Brasil**

O INCA oferece serviços de cuidados paliativos aos pacientes que não têm expectativas de cura, nas suas unidades hospitalares no Rio de Janeiro, essas unidades recebem o nome de Hospital do Câncer IV, este hospital é referência de ensino e pesquisa sobre cuidados paliativos e busca promover essa política em todo país. (INCA, 2015).

Para Melo (2008), no Brasil são encontradas diversas dificuldades para criação de unidades de cuidados paliativos, uma vez que não há uma política voltada para o alívio da dor e paliativismo, a preparação dos profissionais é insuficiente, além disso, a pesquisa na área é carente, o que compromete ainda mais o seu desenvolvimento. Mesmo sendo a única opção para grande parte dos pacientes terminais, os cuidados paliativos ainda recebem poucos investimentos, a maioria deles é destinada para os tratamentos curativos que demandam altos valores.

Para que uma política nacional em cuidados paliativos seja criada é necessário reconhecer que há um problema de saúde, é preciso criar comitês para treinar os profissionais de saúde, oferecer os medicamentos necessários e elaborar leis que garantem a proteção dos pacientes, familiares e profissionais. Além disso, é fundamental mudar o paradigma que há diante da morte. Em alguns casos, não há mais medidas curativas a serem tomadas, o que pode ser feito então é minimizar o sofrimento daqueles que estão vivendo seus últimos dias, ao invés de impor-lhes tratamentos invasivos, dolorosos e inúteis (MELO, 2008).

Na tentativa de ampliar e difundir a abordagem paliativista, em 1997 foi criado em São Paulo a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos que busca garantir o aperfeiçoamento da atenção aos pacientes, fomentar as pesquisas na área dos cuidados paliativos, entre outras práticas. Em geral, os pacientes oncológicos são atendidos de acordo com a realidade de cada instituição de saúde, muitas vezes, com recursos precários e profissionais com uma formação insuficiente. Ademais, os pacientes vão em busca das redes de saúde muito tarde, o que tende a comprometer seu tratamento e prognóstico. Por isso é fundamental o enfermo ser ativo no seu processo de adoecer e ter o apoio dos familiares e da equipe de saúde para que suas decisões sejam tomadas precocemente. (MELO, 2008).

Há ainda a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos que vem desenvolvendo-se grandemente nos últimos anos, através de realização de palestras com os mais respeitados

profissionais, nacionais e internacionais, além de promover o Fórum Nacional para discussão e desenvolvimento dos profissionais. Foi realizado um levantamento pela Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e verificou-se que existem aproximadamente 33 serviços no Brasil, com aspectos singulares no combate à dor, a maioria nasceu dentro dos hospitais. Esse levantamento tem como objetivo criar diretrizes e padrões do paliativista que sejam adequados para o nosso país. A Associação busca aumentar esses serviços e conseguir vencer os obstáculos que há na formação dos profissionais e nas políticas de saúde na busca de evitar o sofrimento desnecessário do paciente e oferecer o cuidado, quando a cura não é uma opção. (MELO, 2008).

### **Aspectos éticos e legais**

Há um grande desafio ético na abordagem de um paciente criticamente doentio, que consiste em saber o quando e o quanto atuar, buscando o melhor possível para atender a seus interesses, sem cruzar a linha da nulidade. É, portanto, tarefa difícil, muito mais do que apenas dominar o uso da tecnologia que dispomos, mas tão importante como cumprir corretamente o papel social confiado aos profissionais de saúde (MOTA, 2009). Nesse sentido, torna-se ético dar suporte físico e mental ao enfermo e auxiliar na aceitação de sua condição, conferindo dignidade à sua morte.

Ressalta-se também que é ético ter o paciente como enfoque e garantir que ele nunca seja lesado, não significando mantê-lo vivo a qualquer custo. Além de não ser benéfico ao paciente, tal procedimento pode criar uma falsa esperança à família, dificultando o entendimento e a aceitação das verdadeiras condições de saúde do paciente. Todavia, legalmente, ainda há controvérsias sobre quando se permite parar o suporte avançado de vida, quando se deve deixar de utilizar toda a tecnologia existente para manter a vida a qualquer preço (JECKER, 1995).

São inúmeros problemas, de ordem clínica, ética, social, psicológica, na experiência da fase terminal, que acabam por colocar os pacientes frente a impasses e demandas muitas vezes gigantescas. O enfermo que se confronta com a terminalidade precisa ter suas necessidades especiais identificadas, para que se tenha qualidade de vida preservada nesta fase da vida (BORGES, 2006).

Com o avanço da medicina aumentou-se a preocupação em tratar as doenças terminais e assim foram criadas muitas alternativas. Porém, com isso, surgiu um desequilíbrio grande entre a utilização dessas alternativas e o modo mais apropriado de usá-las. Então, fez-se ne-

cessário a padronização de normas e condutas para garantir o bem-estar do paciente, surgindo assim, a bioética. A bioética ajuda à pessoa em momentos que causam um dilema para ela. Ela tem o objetivo de encontrar os porquês que justificam algo que precisa ser feito. A sua perspectiva é humanista e considera a pessoa holisticamente, ela considera o contexto de cada um, sem predefinir, a priori, o que deverá ser ou não feito. Para isso é necessário a presença de ideias técnico-científicas e também os valores pessoais (BORGES, 2006).

A medicina adotou o modelo reducionista que considera apenas a enfermidade em evidência, os atendimentos são feitos brevemente, sem que, muitas vezes, não há se quer uma troca de olhar. Com a introdução dos cuidados paliativos há uma mudança neste paradigma por considerar as questões, biopsicossociais, espirituais e culturais do doente. Com as descobertas na área médica, é preciso cautela e entender até quando é benéfico continuar investindo medidas curativas no paciente (BORGES, 2006).

É preciso estabelecer limites mais claros entre o prolongamento da vida e o prolongamento do sofrimento, zelando pela manutenção da dignidade do paciente. Nem sempre a medicina eficaz, que tem terapias comprovadamente exitosas, pode ser aplicada, pois é preciso considerar a situação clínica do enfermo, as suas condições socioeconômicas. Somando-se a isso, no fim da vida, a vulnerabilidade torna-se parte do cenário familiar, é a partir dela que o planejamento terapêutico é feito. São consideradas técnicas de cuidados, mas também, a responsabilidade no momento em que há comunicação com o paciente e a família, manter um diálogo constante e coerente. A partir disso, surgem o vínculo e a confiança que são alicerces para a prática dos cuidados paliativos (BORGES, 2006).

A medicina contemporânea está voltada para controlar a doença e o sintoma, enquanto o doente fica a margem. A valorização da pessoa aliado a dignidade social não pode continuar sendo um privilégio para poucos pacientes, para isso é necessário difundir o paliativismo, que é a prática em que há um trabalho transdisciplinar que considera o indivíduo em todos os seus aspectos. É mais que a soma de saberes técnicos, é a criação de um novo conhecimento integral e humano.

As políticas públicas voltadas para a saúde têm sua aplicabilidade comprometida quando não há a responsabilização de todos em orientar e ajudar na formação das pessoas, para que todos sejam capazes, de decidir suas próprias questões, inclusive sobre a sua morte, de modo consciente e independente. Para isso, é preciso considerar qual o nível de compreensão do sujeito, pois em determinados casos, em que não há entendimento absoluto, é preciso contextualizar a situação para ajudar ele a compreender.

A vontade individual não pode ser substituída por um procedimento anteriormente pré-estabelecido, os acontecimentos e as decisões são fluidas, portanto, cabe ressaltar mais vez, que cada caso precisa ser analisado na sua especificidade, considerando técnica e valores.

Mas para que tudo isso ocorra é necessário que haja uma maior conscientização da importância do cuidado paliativo e, também, que órgãos públicos responsáveis desenvolvam mais pesquisas e práticas na área do paliativismo, buscando assim o bem-estar social e individual.

## O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO

O anúncio de diagnóstico de morte pode causar um nível de angústia muito alto e algumas pessoas não conseguem aguentar a notícia da doença terminal. Por meio do trabalho do psicólogo, realizado através da escuta do paciente, e em alguns casos, da família também, proporcionará novas percepções sobre a experiência vivida acerca da doença, conforme afirma Glauca Domingues e outros, em 2013, no artigo publicado sob o título de A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares.

Conforme Domingues e outros (2013) afirmam, a nossa sociedade sempre coloca em evidência a saúde, a vida e a cura, e trata a morte e a doença como algo que deve ser rejeitado, algo assustador isso faz com que o psicólogo tenha um grande desafio com o paciente e seus familiares. E entender a morte e os sentimentos que a envolvem é fundamental para conhecer as angústias daqueles que tem um diagnóstico irreversível.

O paciente é considerado terminal quando não há nenhum tratamento que possa recuperar seu bem-estar. Nesses casos são utilizadas medidas paliativas que tende a oferecer uma melhora na qualidade de vida do enfermo, mas não possui caráter curativo, prevalece a lógica do cuidado e do acolhimento digno. Muitas vezes, é sugerido que o paciente seja levado para a sua casa, pois assim, será possível que ele se despeça aos poucos dos seus familiares, além de estar em um ambiente mais acolhedor e familiar (DOMINGUES *et al*, 2013).

Segundo os autores, para garantir o cuidado desse paciente é necessário à atuação de uma equipe multidisciplinar, inclusive de religiosos, visto que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) prevê também o cuidado espiritual. O papel do psicólogo nessa equipe é de mediar às relações dos profissionais e do paciente. Essas relações com o doente podem ser um tanto conflituosas devido à carga emocional que a enfermidade faz surgir, por isso a presença do profissional de psicologia pode ser determinante na resolução desses conflitos.

Elizabeth Kübler-Ross (2002) apresenta os cinco estágios da morte. A negação é o primeiro estágio de um processo psíquico que ocorre em pacientes que estão em estado terminal, como forma de mecanismo de defesa. Em seguida, inicia a etapa da raiva, o paciente transforma suas relações em agressivas por causa da iminência da morte, e às vezes, externar os sentimentos, mesmo que de forma rude, pode funcionar como uma válvula de escape. O terceiro estágio é o da barganha, que comumente é feito com Deus e em segredo, com o intuito de procrastinar sua morte. Quando o paciente tem consciência do seu estado inicia a fase da depressão, sendo o quarto estágio. E por último, no quinto estágio, quando há estabilização emocional do paciente é considerada a fase da aceitação. Essas fases nem sempre seguem essa ordem, isso varia de acordo com a subjetividade de cada um.

Os pacientes quando são hospitalizados tendem a perderem-se de si mesmos, pois em muitos casos só, são lembrados por suas doenças e números de leitos e, a presença do psicólogo pode, através da escuta de suas angústias, restituir o seu papel de sujeito. Outra função importante do profissional de psicologia é com a família do paciente, deve ajudá-los na despedida e também após a morte do familiar, na reestruturação do equilíbrio de todos (DOMINGUES, 2013). Para amenizar as angústias que os acometem as terapias grupais são essenciais nesse momento, pois o sujeito depara-se com casos semelhantes ao seu e percebe que não é o único a enfrentar o problema em questão, conhece outros pontos de vista acerca da situação semelhante que enfrenta e também se sente mais compreendido, pois identifica no outro, seus medos, suas angústias, suas raivas.

Existe um grande despreparo dos profissionais ao darem a notícia do diagnóstico, eles são diretos e objetivos. Diante disso, percebe-se a necessidade de se estabelecer um vínculo maior com o paciente e seus familiares. Há também o fato de ignorar o ser humano, o sujeito normalmente é tratado apenas por sua enfermidade, sendo isso a despersonalização e coisificação da pessoa. Diante disso é relevante que os profissionais da equipe de saúde desenvolvam um atendimento mais humanizado com os pacientes e familiares, respeitando a subjetividade de cada um (REZENDE, 2011).

A divulgação da doença deve ser realizada pelo médico e pode ser feita com a presença dos responsáveis. Ocultar o diagnóstico do paciente pode provocar o surgimento de medos e fantasias desnecessários, além disso, ele pode acabar descobrindo sozinho e isso pode fazer com o vínculo de confiança se fragilize. O momento do anúncio do diagnóstico é decisivo para a forma de como o combalido irá enfrentar a doença e seu tratamento, portanto é necessário que os profissionais da saúde tenham mais que o conhecimento técnico e biológico para tratar, é preciso humanização para lidar com a dor do outro (REZENDE, 2011).

## Psico-oncologia

A área de psicologia da saúde é definida como o campo de estudo científico e profissional que busca a promoção, manutenção e o tratamento de doenças. Psico-oncologia relaciona a oncologia, da área médica, com a psicologia. É uma área interdisciplinar que avalia a influência dos aspectos psicológicos sobre a evolução, tratamento e prognóstico dos pacientes com câncer. A psico-oncologia visa identificar as variáveis psicossociais em que a psicologia pode atuar no processo de enfrentamento da doença, além disso, intervém em momentos que podem ser estressantes para pacientes e familiares. A condição psicológica do paciente com o câncer é extremamente significativa e pode influenciar os resultados do tratamento assim, como também, alterar o prazo de sua sobrevivência (COSTA JUNIOR, 2001).

Cerca de 80% dos casos de câncer tem como fatores de risco os aspectos ambientais, ocupacionais, culturais e de consumo. A psico-oncologia auxilia o entendimento da influência dessas variáveis sobre o processo da doença além de criar estratégias para o paciente enfrentar a doença. Essa área de estudo vem tornando-se nos últimos anos um instrumento indispensável para promover qualidade de vida dos pacientes. Aliado a isso, os avanços das áreas médica e farmacológica têm possibilitado resultados cada vez mais positivos (COSTA JUNIOR, 2001).

Para Costa Junior (2001), tratando-se da psico-oncologia, para que o atendimento seja realizado, o profissional deve ir ao encontro do paciente seja onde ele estiver, na sala de espera, no pronto atendimento, na enfermaria ou no centro de tratamento intensivo. Além de que, a psico-oncologia viabiliza o atendimento de outras áreas clínicas, contribuindo assim para o trabalho interdisciplinar da equipe.

Segundo a autora Maria Margarida Carvalho (2002), a função do psicólogo tende a garantir que a comunicação do diagnóstico seja mais fácil, que haja uma maior aceitação do tratamento, proporcionando um alívio nos efeitos colaterais das terapias, uma melhora na qualidade de vida, e no caso do paciente terminal, uma maior qualidade no processo de morrer e da morte. A descoberta do câncer causa, normalmente, um resultado assolador. Além disso, impõe a possibilidade da morte. Há ainda, em alguns casos, o risco de mutilação, desfiguração e tratamentos dolorosos e invasivos. Isso provoca problemas psíquicos com características peculiares. Por isso é importante um profissional especializado em psico-oncologia.

O psicólogo que atua com pacientes oncológicos lida com diversos aspectos relacionados ao intrapsiquismo em que pode haver ansiedade, depressão, medo, raiva, revolta, inse-

gurança, perdas, desespero, mudanças de humor e esperança. Em relação a problemática social podem surgir o isolamento, estigma, a mudança de papéis, perda de controle, perda de autonomia; e por último a problemática relacionada ao câncer, que envolve o processo da doença, mutilações, tratamentos, dor, efeitos colaterais, relação problemática com o médico (CARVALHO, 2002).

Esses aspectos manifestam-se em menor ou maior grau, em épocas distintas do processo da doença e o paciente pode apresentar um ou todos esses aspectos. Isso ratifica a necessidade e o valor do suporte psicológico, o profissional acolhe o enfermo com suas dificuldades e problemas e isso contribuirá para que a sua condição psicológica seja melhorada e conseqüentemente poderá haver um progresso no quadro orgânico, o que ajudará na recuperação e em alguns casos, na cura. Um grande desafio dos psicólogos que trabalham em instituições de saúde é conquistar o reconhecimento dos profissionais de outras classes, principalmente o médico, que historicamente, ocupa o lugar de saber supremo na área da saúde. Não obstante, existem situações em que o psicólogo é muito valorizado e requisitado pelos médicos, inclusive em momentos de dificuldade pessoal (CARVALHO, 2002).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Compartilhar o diagnóstico da neoplasia com o paciente e com família não é algo fácil e simples de ser feito pelo médico. Todo o vínculo, até então estabelecido, pode ser comprometido de acordo com o modo em que a notícia é, ou não, transmitida. Muitos profissionais têm dificuldade em aceitar que não há mais o que fazer para curar o paciente, sentem-se impotentes diante de um prognóstico fatal. O psicólogo pode ajudá-los no momento de comunicar aos envolvidos sobre o diagnóstico e posteriormente acompanhar o paciente e também prestar suporte a família e toda a equipe, seja através de grupos terapêuticos (específicos para a família e para os profissionais) ou acolhimentos individuais.

Apesar dos aspectos levantados e a relevância da temática, é notória que há uma necessidade exponencial de pesquisas na área de cuidados paliativos e da atuação do psicólogo com essa abordagem, tendo em vista que ainda há pouco material bibliográfico disponível para estudo. Considerando a importância de manter alinhadas teoria e prática, para pesquisas futuras, sugere-se que sejam levantadas pesquisas de campo que proporcionem uma maior aproximação com o paciente terminal e o psicólogo, com isso será possível aplicar as teorias discutidas nesse artigo na prática hospitalar.

O paliativismo possibilita ao paciente sem expectativa de cura uma maior qualidade de vida durante o tratamento e, principalmente, nos seus últimos dias. Em determinados casos, há uma melhora considerável no quadro do paciente, devido ao acolhimento que ele recebe do profissional de Psicologia e pelo restante da equipe médica, e isso provoca uma maior adesão ao tratamento, mesmo que paliativo, ele sente-se mais amparado e confiante. Aliado a isso, há o vínculo peculiar criado entre o psicólogo, o paciente e sua família, eles veem nesse profissional a possibilidade de considerar aspectos que transcendem a doença, uma vez que durante o atendimento psicológico eles podem falar de outros assuntos que não sejam relacionados a patologia, resgatando assim um pouco dos sujeitos e seus desejos.

A psico-oncologia relaciona a oncologia, da área médica, com a psicologia. O psicólogo avalia a influência dos aspectos psicológicos sobre a evolução, tratamento e prognóstico dos pacientes com câncer, atuando no processo de enfrentamento da doença, além disso, intervém em momentos que podem ser estressantes para pacientes e familiares.

O Psicólogo acolhe as angústias, os medos e as escolhas desse paciente que está enfrentando a aproximação de sua morte. Quando necessário, contribui para que haja uma mudança na postura desse indivíduo diante da sua doença e da sua morte que está cada vez mais próxima, além de facilitar mudanças de comportamentos. É fato que doenças que ameaçam a vida vêm acompanhadas de grandes transformações. É importante que o psicólogo compreenda essas mudanças, ouça o que o paciente tem a dizer, considerando o cuidado com o ser humano e, não somente, com a doença que o acomete.

## REFERÊNCIAS

BIGHETI, Adriana; VALLE, Elizabeth Ranier Martins do. Compreendendo as vivências de adolescentes com câncer: análise fenomenológica do TAT. In: CARVALHO, Vicente Augusto et al. (Orgs.). **Temas em psicooncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p.218-232.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica. **O que é o câncer?** Rio de Janeiro: MS/INCA. São Paulo: SOBOPE, 2010. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)>. Acesso em: 17 out. 2016.

COSTA FILHO, Rubens et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.82-92, fev., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n1/a14v20n1.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

CARVALHO, Maria Margarida. **Psico-oncologia: história, características e desafios**. Psicologia USP, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008)>. Acesso em: 7 fev. 2018.

DOMINGUES, Glauca Regina; et. al. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 11, n. 1, jan. 2013. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167774092013000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092013000100002)>. Acesso em: 8 set. 2016.

INCA. **Cuidados paliativos**. Rio de Janeiro. Ministério da saúde, 2015.

Disponível em:

<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados\\_paliativos](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos)>. Acesso em: 26 set 2016.

INCA. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro. Ministério da saúde, 2015. Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.

INCA. **INCA estima cerca de 600 mil casos novos de câncer para 2018**. Rio de Janeiro. Ministério da saúde, 2018. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2018/inca-estima-cerca-600-mil-casos-novos-cancer-para-2018>>. Acesso em: 7 fev. 2018.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora LTDA, [1969]-2002.

MACK, Jennifer; et al. Understanding of prognosis among parents of children with cancer: parental optimism and the parent-physician interaction. **Journal of Clinical Oncology**, v. 25, n. 11, p. 1.357-1.362, abr. 2007. Disponível em:

<<http://jco.ascopubs.org/content/25/11/1357.short>>. Acesso em: 30 set. 2016.

MARENCO, Mariana; FLAVIO, Daniela; SILVA, Ricardo Henrique

Alves. Terminalidade de Vida: Bioética e Humanização em Saúde. Medicina.

**Revista MEDICINA – Ribeirão Preto**, v. 42, p. 286-293, 2009. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/231/0>>. Acesso em: 10 out. 2016.

MELO, Ana Georgia Cavalcanti. Os cuidados paliativos no Brasil. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, São Paulo, YPÊ Editora 2008, v. 1, n.1, p.5 a p.8. Disponível em:

<<http://www.cuidadospaliativos.com.br/img/din/file/RBCP1.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Definição Cuidados Paliativos**. 2016. Disponível em:

<<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 08 out. 2016.

REZENDE, Adryene Milanez; SCHALL, Virgínia Torres; MODENA, Celina Maria. O câncer na adolescência: vivenciando o diagnóstico. **Psicologia Teoria e Prática**, São Paulo, v.13, n.3, dez.2011. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=15163687&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=15163687&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 out. 2016.

ROSMAN, Sophia. Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. **Patient Education and Counseling**, v.52, p.333-339, 2004. Disponível em: <[http://www.pec-journal.com/article/S07383991\(03\)00040-5/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S07383991(03)00040-5/abstract)>. Acesso em: 5 out. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos falar de Cuidados Paliativos?** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidadospaliativos-vers--o-online.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

SPROSSER, José Gustavo; ARAÚJO, Maria Ercília de. Papel do cirurgião dentista frente ao diagnóstico positivo de câncer de boca. In: GENOVESE, W.J. **Câncer de boca: noções básicas para prevenção e diagnóstico**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1997. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v10n3/a03v10n3.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.