

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Curso de Psicologia

Denise Rodrigues da Luz

**CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUIÇÃO DA ASSISTÊNCIA
PSICOLÓGICA**

São Paulo

2014

Denise Rodrigues da Luz

**CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUIÇÃO DA ASSISTÊNCIA
PSICOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Psicologia do Centro
Universitário São Camilo, orientado pela Prof.
Dra. Maria Isabel Strong, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel
em Psicologia.

São Paulo

2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani

Luz, Denise Rodrigues da
Cuidados paliativos: contribuição da assistência psicológica / Denise Rodrigues da Luz. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2014.
40 p.

Orientação de Maria Isabel Strong

Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia (Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2014.

1. Cuidados paliativos. 2. Psicologia. 3. Bioética. I. Strong, Maria Isabel. II. Centro Universitário São Camilo III. Título.

CDD: 179.1

DENISE RODRIGUES DA LUZ

**CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUIÇÃO DA ASSISTÊNCIA
PSICOLÓGICA**

São Paulo, 19 de Maio de 2014.

Professora Orientadora
(Maria Isabel Strong)

Professor Examinador
(Mestre Ari Oliveira)

Dedicatória

Dedico este trabalho aos pacientes que atendi nos meus estágios durante a graduação. Eles me inspiraram a refletir sobre a condição do ser humano ao estar sob um tratamento, no qual a morte se aproxima. Uma paciente em especial foi grata até o final por tudo, por sua vida, pelo carinho recebido, atenção e até pelo desfecho de sua história, no nosso último encontro ela sorriu...

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro aos meus pais. Nestes cinco anos de estudo cada etapa vencida era motivo de alegria e cada dificuldade momento de angústia. Estiveram ao meu lado quando estava feliz ou triste e me ampararam. As minhas irmãs que também de alguma forma acompanharam a minha trajetória, muitas vezes apenas com o entendimento que nem sempre poderia estar presente com elas. Neste período tive a sorte de ganhar um sobrinho – afilhado, um grande presente, que infelizmente não pude dar a atenção merecida a ele, sou grata por ele simplesmente existir. Um muito obrigado especial para minhas amigas: Raquel, Elisângela e Angélica, por me ouvirem, participarem e estarem presentes comigo. Agradeço a paciência dos meus colegas de sala neste período, convivi com eles muito mais do que com os familiares nestes últimos anos. Especialmente Kelly Miras, Neurides Almeida, Keli Santos, Farina e Daniel Huang, sem vocês seria muito mais difícil. Agradeço aos mestres que também tiveram a paciência de ensinar e muitas vezes se emocionar com minhas histórias. Alguns ensinaram simplesmente a não aceitar as coisas como são e lutar, outros ensinaram a voar, outros a se resignar, mas todos com suas peculiaridades me ensinaram alguma coisa importante. Tive sorte de conhecer pessoas inigualáveis durante minha formação, agradeço por elas surgirem, algumas foram embora e seguiram seus caminhos, mas de alguma forma ajudaram no meu desenvolvimento profissional e acadêmico. A minha ilustre orientadora Maria Isabel Strong por ter aceitado me ajudar nesta última tarefa e ao comentador Ari Oliveira, que gentilmente aceitou meu convite. Ao meu namorado Leonardo por todo o bem que me faz. Por último agradeço a Deus por todas as oportunidades. Agradeço por último (e termino muito mais do que grata), pois sem Deus agindo desde o começo, eu não estaria aqui.

Epígrafe

*“Desejo primeiro que você ame,
E que amando, também seja amado.
E que se não for, seja breve em esquecer.
E que esquecendo, não guarde mágoa.
Desejo, pois, que não seja assim
Mas se for, saiba ser sem se desesperar
Desejo também que tenha amigos
Que mesmo maus e inconsequentes
Sejam corajosos e fiéis
E que pelo menos em um deles
Você possa confiar sem duvidar
E porque a vida é assim
Desejo ainda que você tenha inimigos
Nem muitos, nem poucos
Mas na medida exata para que
Algumas vezes você se interpele
A respeito de suas próprias certezas.
E que entre eles
Haja pelo menos um que seja justo
Desejo depois, que você seja útil
Mas não insubstituível
E que nos maus momentos
Quando não restar mais nada
Essa utilidade seja suficiente
Para manter você de pé.
Desejo ainda que você seja tolerante
Não com os que erram pouco
Porque isso é fácil
Mas com os que erram muito e irremediavelmente
E que fazendo bom uso dessa tolerância
Você sirva de exemplo aos outros
Desejo que você, sendo jovem,
Não amadureça depressa demais
E que sendo maduro
Não insista em rejuvenescer
E que sendo velho
Não se dedique ao desespero
Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor
Desejo, por sinal, que você seja triste
Não o ano todo, mas apenas um dia
Mas que nesse dia
Descubra que o riso diário é bom
O riso habitual é insosso
E o riso constante é insano.
Desejo que você descubra*

*Com o máximo de urgência
Acima e a respeito de tudo
Que existem oprimidos, injustiçados e infelizes
E que estão bem à sua volta
Desejo ainda
Que você afague um gato, alimente um cuco
E ouça o João-de-Barro
Erguer triunfante o seu canto matinal
Porque assim, você se sentirá bem por nada
Desejo também
Que você plante uma semente, por menor que seja
E acompanhe o seu crescimento
Para que você saiba
De quantas muitas vidas é feita uma árvore
Desejo, outrossim, que você tenha dinheiro
Porque é preciso ser prático
E que pelo menos uma vez por ano
Coloque um pouco dele na sua frente e diga:
“Isso é meu”
Só para que fique bem claro
Quem é o dono de quem
Desejo também
Que nenhum de seus afetos morra
Por eles e por você
Mas que se morrer
Você possa chorar sem se lamentar
E sofrer sem se culpar
Desejo por fim
Que você sendo homem, tenha uma boa mulher
E que sendo mulher, tenha um bom homem
Que se amem hoje, amanhã e nos dias seguintes
E quando estiverem exaustos e sorridentes
Ainda haja amor pra recomeçar
E se tudo isso acontecer
Não tenho mais nada a lhe desejar”.*

Victor Hugo – Poema Desejo

LUZ, Denise Rodrigues da. **Cuidados Paliativos: contribuição da assistência psicológica**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia (Graduação) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2014.

Os cuidados paliativos têm se tornado discussão recorrente nos hospitais e clínicas, pois com o aumento das doenças incuráveis houve a necessidade de se pensar em um tratamento mais adequado. A proposta deste trabalho é apresentar como o psicólogo atuante neste meio também pode contribuir para um atendimento adequado ao cuidado paliativo. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, abordando como a Psicologia e a Bioética podem colaborar para se pensar na melhor forma de cuidar da vida e da morte. É através da Bioética que a assistência psicológica para pacientes terminais propõe considerar a visão do paciente sobre sua vida e seu processo de morrer. Quando o paciente está sob cuidados paliativos ele tem o direito de participar ativamente do tratamento. Cuidado paliativo não é a ausência de tratamento, mas sim uma medida de conforto no intuito de viabilizar um tratamento humanizado, adequando a terapêutica às necessidades do paciente, evitando sofrimento desnecessário. A Bioética conta com princípios norteadores, os quais podem ajudar a direcionar qualquer pesquisa, estudo ou atuação profissional em saúde, pois o objetivo destes princípios é preservar a qualidade da vida. O estudo mostra que o psicólogo em seu campo de atuação limitava-se anteriormente a clínicas e hospitais psiquiátricos, mas este cenário foi mudando e encontrando espaço nos hospitais gerais. Ao entrar no hospital o psicólogo deve se preparar para lidar com diversos novos problemas diferentes dos campos tradicionais, além de envolver novas figuras: os familiares dos pacientes, bem como os profissionais da equipe. Conclui-se que, quando o paciente está sob cuidado paliativo uma equipe multidisciplinar o acompanhará e neste momento o psicólogo deve manter a ética profissional garantindo o sigilo, proporcionando apoio para a equipe e familiares.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Psicologia, Bioética.

LUZ, Denise Rodrigues da. **Palliative Care: The Contribution of Psychological Assistance.** 2014. Final Paper in Psychology (Graduation) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2014.

The palliative care has become a recurrent discussion in hospitals and clinics, due to the increase of incurable diseases and therefore it was necessary to think of a more appropriate treatment. The purpose of this paper is to show how an active psychologist may also contribute to adequate palliative care service. It is an exploratory and descriptive study, addressing how psychology and bioethics can be useful to think about what is the best way to take care of life and death. Through Bioethics the psychological care for terminally ill patients proposes to consider the patient's vision about his life and dying process. When the patient is under hospice care he has the right to actively participate of his treatment. Palliative care is not the absence of treatment, but a comfort measure in order to facilitate a humane treatment, tailoring therapy to the needs of the patient, avoiding unnecessary suffering. Bioethics has guiding principles, which can help direct any research, study or professional work in health, because the purpose of these principles is to preserve the quality of life. The study shows that the active psychologist was previously limited to psychiatric hospitals and clinics, however this scene has been changing and finding space in general hospitals. Upon entering the hospital the psychologist should be prepared to deal with several new different problems from traditional fields, as well as involving new figures: the families' patients as well as healthcare staff. Therefore, we conclude that when the patient is in palliative care a multidisciplinary team will accompany the patient thought this moment and the psychologist must maintain professional ethics ensuring the confidentiality, providing support for the team and family.

Keywords: Palliative Care. Psychology. Bioethics.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3. OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo Geral.....	13
3.2 Objetivos Específicos.....	13
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
5. CUIDADOS PALIATIVOS.....	15
5.1 Cuidados paliativos: conceito e história.....	15
5.2 Ética, moral e bioética: conceitos.....	19
5.3 História da Bioética.....	20
5.4 Princípios da Bioética.....	23
6. PSICOLOGIA, CUIDADOS PALIATIVOS E BIOÉTICA.....	25
6.1 Atendimento psicológico hospitalar no Brasil: um breve histórico.....	25
6.2 Atuação do psicólogo no hospital.....	26
6.3 Cuidados Paliativos: Ortotanásia, Distanásia, Eutanásia e Morte.....	29
7. DISCUSSÃO.....	33
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38

1. INTRODUÇÃO.

A temática Cuidado Paliativo é permeada de conflitos e a partir dela geram-se discussões. Há muitas controvérsias sobre o que significa cuidado paliativo, pois inicialmente ainda é um tipo de tratamento pouco conhecido em nosso País. Com isto, algumas dúvidas surgem entre as pessoas, as quais confundem cuidados paliativos muitas vezes com a indução da morte, a prática da eutanásia, ou literalmente deixar de proporcionar um tratamento.

No tratamento paliativo não há um abreviamento da vida, somente se aceita o processo natural da vida e morte; há um investimento terapêutico, porém são evitados os tratamentos considerados fúteis e o aumento do sofrimento do indivíduo. (PESSINI e BERTACHINI, 2006 p.12)

A Organização Mundial de Saúde define os cuidados paliativos da seguinte forma:

O cuidado ativo total dos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. O controle da dor e de outros sintomas, o cuidado dos problemas de ordem psicológica, social e espiritual é o que mais importa. O objetivo do cuidado paliativo é conseguir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e sua família. (OMS, 1990 apud PESSINI, 2004 p. 06).

No ano de 1967 Cicely Saunders cria o primeiro hospice em Londres, instituição que prestará um novo modelo de assistência ao paciente terminal: os Cuidados Paliativos (MENEZES, 2004, p. 53).

A proposta dos cuidados paliativos é cuidar do paciente terminal até seus últimos momentos, no intuito de minimizar tanto quanto possível seu desconforto e proporcionar suporte emocional e espiritual a seus familiares. Com isto há a possibilidade do indivíduo ter controle diante do processo de morte. (MENEZES, 2004 p. 55).

Ainda Menezes (2004, p. 55) a morte para o médico e o hospital é sinônimo de fracasso e a partir dos comentários diante dos excessos de poder dos médicos, desenvolvendo apenas a assistência racionalizada, surgem nos anos setenta movimentos pelos direitos dos doentes.

A meta preconizada no ideário da “morte contemporânea” é a conclusão de uma obra, de preferência bela, harmoniosa e produtiva, busca infindável de si, da totalidade, da identidade individual, devendo resultar em um final digno e belo. O produto desta construção conduz à ideia de uma estetização da morte, na qual o doente se mantém tranquilo, uma vez que a equipe o trata de modo individualizado. (MENEZES, 2004, p. 47)

O que pode ser observado neste trecho é como o processo de morrer é muitas vezes idealizado, sobre o qual muitos têm a esperança de uma morte bela, calma, sem sofrimento e com a maior participação do indivíduo, contando com a assistência diferenciada da equipe de saúde.

A partir de uma proposta de tratamento paliativo há a necessidade de olhar para algumas questões importantes.

Em primeiro plano, em relação ao paciente, quanto à alteração de seu tratamento. Sendo uma medida paliativa sem previsão de cura, como ele enfrentará esse momento.

Em segundo lugar, em relação aos familiares, participantes fundamentais nesse processo. Quais seus sentimentos e angústias, seus medos e providências necessárias para estar ao lado do paciente.

Por último em relação à equipe que atuará diretamente com este paciente. Talvez seja nesta etapa que o apoio psicológico poderá contribuir amplamente, pois poderá atuar como uma ponte entre a tríade paciente, familiares e equipe.

2. JUSTIFICATIVA.

A proposta desta pesquisa é esclarecer como o atendimento do psicólogo pode contribuir para que o paciente em cuidados paliativos possa ter apoio neste momento, pois a premissa dessa alternativa terapêutica é proporcionar conforto e qualidade de vida quando não existe mais possibilidade de cura.

Diante do recebimento do diagnóstico e prognóstico de uma doença para a qual não há cura, se faz necessário ter equipes cada vez mais capacitadas para prestar a assistência humanizada. Neste cenário, o psicólogo também deve estar preparado para auxiliar o sujeito diante deste tipo de cuidado, ter sensibilidade para ouvi-lo em um momento de grande sofrimento e angustia.

A Bioética atualmente é muito discutida e vem sendo considerada como uma reflexão compartilhada entre profissionais de todas as áreas do conhecimento humano. Nesse sentido, sua contribuição se destaca para qualquer profissional cuja atuação envolva a vida, em todas as suas dimensões.

Esta pesquisa se propõe a discutir a interface entre a bioética e o apoio do psicólogo, para ampliar a compreensão sobre o tema cuidados paliativos. Busca compreender como ocorre a assistência ao paciente em cuidados paliativos e refletir sobre as questões bioéticas intrínsecas, pois o cuidar do humano implica em ter responsabilidade e ética.

Ao prestar assistência para o paciente fora de possibilidade de cura, o psicólogo dentro da instituição hospitalar provavelmente encontra formas de ajudá-lo e proporciona um espaço para refletir sobre esta experiência, no intuito de ampará-lo nos momentos de angústia. Também deve atentar-se para a presença ou ausência dos familiares ou amigos próximos, pois eles sofrerão junto com o paciente, diante do tratamento.

A ausência de familiares ou amigos poderá suscitar a sensação de abandono, agravando o desfecho da doença. O psicólogo neste espaço também poderá prestar auxílio aos profissionais de saúde, em atenção similar aos prestados aos pacientes e familiares, pois a morte sempre desencadeia medos, angústias e desamparo.

3. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo Geral.

Compreender como o atendimento psicológico pode auxiliar paciente, família e equipe de saúde em cuidados paliativos, sob o olhar da bioética.

3.2 Objetivos Específicos.

- Conhecer o que é cuidados paliativos e como é prestada assistência ao paciente nessa modalidade.
- Entender qual a atuação do psicólogo no campo hospitalar.
- Esclarecer como o apoio psicológico pode contribuir para auxiliar o paciente nesta etapa do adoecimento.

4. MATERIAIS E MÉTODOS.

Para a elaboração e estudo foi realizada pesquisa exploratória descritiva qualitativa, tendo como instrumento a revisão bibliográfica do tema proposto.

Segundo Santos (2011, p. 313), a pesquisa bibliográfica é realizada a partir de documentos já existentes tais como livros, periódicos, artigos científicos, enciclopédias e dicionários.

Com este propósito procedeu-se uma revisão nas Bases de Dados BVS, bem como da Scielo, periódicos online de Bioética disponíveis na biblioteca do Centro Universitário São Camilo, englobando publicações dos últimos 10 anos. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves (descritores): Cuidados Paliativos, Psicologia, Bioética.

5. CUIDADOS PALIATIVOS

5.1 Cuidados paliativos: conceito e história.

Segundo Pessini e Bertachini (2006, p. 13) a palavra “paliativo” é de origem latina vem de pallium que significa “manto”, o qual se colocava sobre os ombros de alguém para proteger do frio, da chuva e do desconforto. Segundo a autora, esta é a premissa do cuidado paliativo: um tipo de cuidado que não cura, mas busca aliviar os sintomas, a dor e o sofrimento dos pacientes que possuem doenças crônico-degenerativas ou em fase final de vida.

O conceito de cuidado paliativo teve origem no movimento hospice, organizado por Cecily Saunders e seus colegas, que disseminou pelo mundo uma filosofia sobre o cuidar com dois elementos fundamentais: o controle efetivo da dor e de outros sintomas, presentes na fase avançada das doenças, e o cuidado com as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias. (PIMENTA, MOTA, CRUZ, 2006. p. 17).

Os primeiros hospices surgiram na Europa e estes eram abrigos para peregrinos. Sua administração era realizada por religiosos e nestes locais muitos enfermos prestes a morrer eram cuidados. Somente em 1900 surgiu em Londres e, posteriormente em 1967, o Saint Christopher’s Hospice, que revolucionou essa concepção e deu início a outros hospices independentes. (PIMENTA, MOTA, CRUZ, 2006. p. 17).

Os hospices modernos foram introduzidos por Dame Cecily Saunders. Graduada como assistente social e em formação como enfermeira, conheceu um paciente que necessitava de um procedimento paliativo, que por ter um carcinoma retal inoperável, colocaram nele uma colostomia. Cicely o visitava com frequência e assim fez até a morte deste paciente. O paciente deixou uma pequena quantia de herança que foi para Cicely Saunders o ponto de partida para encontrar uma nova forma de cuidar. (MACIEL, 2008, p. 19)

Como lembra Pessini e Bertachini (2006, p. 15), hospice é um conceito, um modelo de cuidado no intuito de auxiliar na saúde.

Diante deste movimento, o cuidar passou a ter um novo sentido. Cuidar não era sinônimo de curar, e sim também de verificar qual a necessidade do paciente. Sendo esta uma nova prática, uma nova medicina foi criada: a dos cuidados paliativos, com suas peculiaridades e necessidades, além de desafios iguais a outras formas de tratamento: ter uma equipe especializada para prestar assistência diante das demandas, equilíbrio emocional para as dificuldades cotidianas, paciência no encontro com o outro. A proposta desta nova medicina não é deixar de prestar o cuidado e sim encarar a morte como um processo normal da vida. (PIMENTA, MOTA, CRUZ, 2006. p. 18).

Pimenta, Mota e Cruz (2006, p. 19) colocam alguns princípios básicos dos cuidados paliativos:

O foco principal dos cuidados paliativos é o cuidar; portanto, alguns princípios básicos são importantes: escutar o paciente, fazer um diagnóstico antes do tratamento, conhecer muito bem as drogas a serem utilizadas, utilizar drogas que tenham mais de um objetivo de alívio, propor tratamentos mais simples possíveis, não tratar tudo que dói com medicamentos e analgésicos (cuidados paliativos são intensivos), aprender a reconhecer pequenas realizações e desfrutar delas. Há sempre alguma coisa que pode ser feita. (PIMENTA, MOTA, CRUZ, 2006. p. 19).

Para Pessini e Bertachini (2004 p.06) se faz importante considerar a questão da dignidade no adeus à vida e integrar todas as necessidades do paciente, juntamente com sua cultura.

No trecho a seguir os autores nos fazem refletirmos a respeito deste momento extremo entre a vida e a morte, transgredindo para os cuidados paliativos:

A mídia alardeia casos individuais que nos envolvem sentimentalmente e anunciam o direito de todo ser humano a ter uma morte feliz, sem sofrimento. [...] Existe muito a fazer no sentido de levar a sociedade a compreender que o morrer com dignidade é uma decorrência do viver dignamente e não meramente sobrevivência sofrida. [...] Antes de existir um

direito à morte humana, há que ressaltar o direito de que a vida já existente possa ter condições de ser conservada, preservada e que desabroche plenamente. (PESSINI e BERTACHINI, 2000, p. 06)

A Organização Mundial de Saúde em 2002 fez uma alteração na definição do que é cuidados paliativos. A partir deste período considerou o cuidado paliativo como uma forma de tratamento que melhora a qualidade de vida dos pacientes e familiares, propõe a prevenção e alívio do sofrimento, “por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual”. (BERTACHINI e PESSINI, 2000. p. 07).

Para Maciel (2008. p. 23) é necessária uma avaliação para indicar ao paciente o tratamento paliativo. Existem diversos elementos importantes a serem avaliados abaixo alguns pontos considerados:

Após determinado período, por falência do tratamento ou recidiva, a doença evolui de forma progressiva e inversamente proporcional à condição clínica e a capacidade funcional do doente. O declínio é perfeitamente visível, e os cuidados paliativos se tornam imperativos. [...] Para portadores de patologias crônicas como as falências funcionais e as síndromes demenciais, o comportamento da doença tende a ser mais lento, cheio de intercorrências, designadas como crises de necessidades. A cada crise, a capacidade funcional do doente declina e a recuperação nunca o remete ao patamar funcional anterior. Até que se crie uma situação de alta dependência. Nesse momento a palição se torna imperativa e não se indicam os tratamentos invasivos e dolorosos, sob a pena de proporcionar apenas prolongamento inútil de sofrimento. O doente deve continuar a receber cuidados essenciais e suporte a vida, incluindo a atenção constante da família e de seu entorno afetivo, de modo a jamais se sentir abandonado ou maltratado. (MACIEL, 2008, p. 24)

Ainda Maciel (2008. p. 24) ressalta a importância em fazer bom uso dos cuidados paliativos, para desta forma não existir confusões entre este tipo específico de cuidado com a ausência de assistência, descaso e negligência.

No Brasil a medicina paliativa surge dentro do contexto hospitalar com os profissionais de saúde, porém estes prestavam serviços voluntários aos pacientes fora de possibilidade de cura.

Menezes (2004, p. 54) afirma que a primeira unidade implantada no Brasil foi no estado do Rio de Janeiro no Instituto Nacional do Câncer. Em 1991 foi criado o serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer I. Diante da crescente expansão da assistência aos pacientes com doenças incuráveis foi construído um hospital especialmente destinado a atender estes pacientes: o Centro de Suporte Terapêutico Oncológico. Este serviço tornou-se referência nacional no ensino e treinamento de profissionais que prestam assistência ao paciente em cuidados paliativos.

Houve outras unidades pelo Brasil que também fundaram atendimentos específicos para doenças incuráveis, ganhando destaque as cidades de Curitiba e São Paulo. Com a expansão da medicina paliativa pelo Brasil, em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Com a política do Ministério da Saúde voltada para o controle do câncer foi criado o projeto de expansão da assistência oncológica: o *Expande*. Este projeto tem como propósito aumentar o atendimento à população a partir da realidade epidemiológica do câncer e desta forma, estimular o crescimento e normatizar os serviços para o controle do câncer. (MENEZES, 2004, p.,56)

Uma das mudanças mais significativas vieram do Conselho Federal de Medicina, que em 2010 incluiu em seu novo Código de Ética os cuidados paliativos como princípio fundamental:

Artigo 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade de seu representante legal. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Maciel (2008, p. 26) afirma que o cuidado paliativo não tem como base protocolos, mas sim utiliza-se de princípios. Esta modalidade de tratamento

incluiu pela primeira vez a perspectiva espiritual como uma das dimensões que envolvem o ser humano. Estes princípios foram estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e reafirmados em 2002. São eles:

- 1- Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
- 2- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
- 3- Não acelerar nem adiar a morte;
- 4- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- 5- Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte;
- 6- Oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
- 7- Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- 8- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- 9- Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes. (OMS, 2002, abud MACIEL, 2008, p. 20)

Mesmo com a expansão dos Cuidados Paliativos pelos hospitais no Brasil, ainda há muito a ser feito, devido à extensão demográfica e as necessidades da população na área da saúde.

5.2 Ética, moral e bioética: conceitos.

A terminologia ética como propõe Ferrer e Alvarez (2005, p. 23) vem do grego *éthos*, diferentemente de *páthos*, que em grego significa tudo o que nos foi dado por natureza. Isto quer dizer que *páthos* é tudo aquilo que nós herdamos geneticamente ou socialmente, o tipo de religião e o ambiente social que influenciará na educação do indivíduo. Já *éthos* é justamente o oposto, pois *éthos* significa o esforço contínuo, possibilitando agir com liberdade. “Ao preferir determinados valores nas opções concretas, a pessoa está

configurando seu perfil moral, embora não o pretenda expressamente” (FERRER e ALVAREZ, 2005 p. 26).

Ainda os autores afirmam que a moral vem do latim e tem o mesmo significado de ética, porém o fato de terem o mesmo significado a partir de suas bases etimológicas não é o único critério a ser considerado. Moral é o conjunto de princípios, valores e normas que regulam as relações humanas.

A Bioética, diferente do exposto anteriormente, trata da ética ligada às adversidades humanas, mais precisamente as questões relacionadas à área da saúde.

Bioética é, definitivamente, campo de ação e de interação de profissionais e estudiosos oriundos das mais diversificadas áreas do conhecimento humano. Médicos, biólogos, psicólogos, psicanalistas, cientistas sociais, filósofos, religiosos, juristas, enfermeiros, são apenas exemplos de pessoas, de diferentes formações que têm papel a desempenhar na discussão bioética. Porque a Bioética, discutindo a vida e a saúde humanas, não apenas interessa a todos os homens, bem como requer, para essa discussão, a bagagem do conhecimento de todos. (SEGRE e COHEN, 2002, p. 29-30)

5.3 História da Bioética

A Bioética é um termo utilizado recentemente. Os primeiros registros utilizando este vocábulo datam de 1927, mas somente em 1970 é que tornou-se recorrente. (NEVES e OSSWALD, 2008, p. 7).

Ainda os autores ressaltam algumas datas e documentos importantes do surgimento da Bioética:

[...] A pré-história da bioética se terá iniciado ainda na década de 40, precisamente em 1947, com a elaboração do Código de Nuremberg. Este documento finaliza o pronunciamento do julgamento dos médicos nazistas acusados de crimes contra a humanidade pela crueldade com que implementaram a experimentação humana. Trata-se de um texto de dez pontos que enuncia os requisitos éticos a que toda investigação científica com seres humanos deve obedecer, inclusive o da obtenção prévia do consentimento livre e esclarecido dos participantes, reputado incontornável desde então. O Código

de Nuremberg inspirou a lei internacional e tornou-se a base para as subsequentes regulamentações da investigação científica com seres humanos, em todo o mundo, sendo apontado como o primeiro documento ético-legal sobre a matéria. (NEVES e OSSWALD, 2008, p. 11).

Os autores trazem algumas considerações importantes sobre este contexto histórico. Existem registros anteriores ao Código de Nuremberg, sendo um deles do governo alemão, o qual elaborou em 1931 o documento: “Regulamentação das novas terapias e experimentação”. Anterior a ele, foi publicado documento em 1900 pelo governo prussiano com o mesmo objetivo.

Ainda Neves e Osswald (2008, p. 12) afirmam que as mudanças mais significativas surgiram entre os anos 1960 e 1970, pois neste período existiam 22 experimentos nos Estados Unidos aplicados em seres humanos que não utilizam o Código de Nuremberg. O caso mais marcante historicamente nos Estados Unidos foi a divulgação pública em 1972, referente a um estudo sobre a sífilis feito desde 1932 em uma população de 400 homens afro-americanos, os quais foram mantidos privados da medicação para tratamento. Somente em 1978 foi criada a Comissão Nacional para a Proteção dos Sujeitos Humanos em Investigação Biomédica e do Comportamento.

Ferrer e Alvarez (2005, p. 122) acrescentam que nos Estados Unidos neste mesmo período é aprovada a lei “National Research Act”, lei pela qual uma comissão será responsável por pesquisar as questões éticas na elaboração de pesquisas científicas nas áreas da biomedicina e das ciências do comportamento.

A Bioética a partir deste período passou a ter relevância para as questões que colocam a vida em risco, mas é necessário esclarecer alguns pontos relevantes. Existem três formas de trabalhar as questões éticas: a assessoria ética, a ética clínica e por último a bioética. A seguir são apresentados os três conceitos.

1. A assessoria ética é um serviço com foco nos cuidados de saúde, proporcionando aconselhamento ético aos pacientes, suas famílias e aos profissionais de saúde frente a conflitos éticos e questões que surgem no curso do tratamento. Destaca-se como ponto central da assessoria ética o aconselhamento ético em como lidar com os

problemas, dilemas e conflitos que surgem no curso real dos cuidados de saúde do paciente.

2. A Ética Clínica é um campo mais amplo de estudo profissional, do qual a assessoria ética é uma parte significativa. A ética clínica atua nas instituições de saúde, nos centros médicos acadêmicos, onde ocorre pesquisa, educação e serviços éticos. Como um campo acadêmico, a ética clínica aborda todas as questões éticas associadas às aplicações potenciais da medicina e da ciência biomédica no cenário clínico. A dimensão clínica enfatiza especificamente a aplicação direta dessas intervenções nos cuidados dos pacientes reais.
3. A Bioética é um campo interdisciplinar de estudo que aborda uma gama diversificada de questões éticas associadas à biomedicina, às ciências da vida e, mais amplamente a saúde pública, sem esquecer as questões ambientais. A bioética não é uma disciplina específica, mas um campo de atuação ético em que muitas disciplinas confluem e efetivamente contribuem para um empreendimento dinâmico e colaborativo, que constitui o sujeito da bioética. (PESSINI et al., 2012, p. 8-9)

Para Stepke e Drumond (2007, p. 10) existem duas dimensões da consciência moral que a ética se propõe a esclarecer. A primeira poder-se-ia chamar de virtudes da mente, ou seja, qualidades morais do bem fazer intelectual. A segunda está relacionada a ordem dos sentimentos. Atualmente o termo para diferenciá-las é inteligência racional e inteligência emocional.

A moral, que é tanto costume como caráter, é a tensão entre o valor, como universal que dá sentido à vida, e o ser, que é projeto de realização humana. Quando o valor e o ser coincidem, estamos na presença de um ser humano excelente, no sentido originário desta palavra. A virtude, como perfeição inerente a uma pessoa ou a uma coisa significa que valor e ser coincidem, e que o sentido se realiza em plenitude. (STEPKE e DRUMOND, 2007, p. 11)

Nestas observações, a bioética encontrará caminhos para abordar questões delicadas como o cuidar do ser humano em situações de adversidade (adoecimento, condição social precária, etc.), bem como outras questões de pesquisas científicas, questões religiosas, ou seja, diversas dimensões que envolvem o ser humano.

A diversidade bioética não provém apenas do progresso das disciplinas médicas e do saneamento higiênico, mas também

dos avanços em outras formações científicas ou sociais. As biotecnologias provocam transformações irreversíveis às culturas, tanto nas partes técnicas como nas conceituais, induzindo evoluções nas concepções de certos traumatismos e de algumas terapias que ultrapassam os limites e capacidades do hospital. [...] As preocupações ecológicas, sadias e necessárias, ou politicamente exageradas, levantam de seu lado amplo terreno de reflexão bioética, que transborda sobre a política de urbana e biodireito. [...] A questão do uso de células ou partes mais consistentes de corpos animais levanta questões tanto de biologia sanitária como de ética, mas temos de reconhecer que sua interpretação, isto é, seu conteúdo, não é dos mais claros definidos; ela pode mudar de autor e outro sem levantar objeções. (PESSINI e BARCHIFONTAINE et al., 2012, p. 38)

Nota-se o quanto a Bioética pode contribuir para que os estudos e pesquisas científicas, tanto as que utilizam animais quanto a natureza, possam ter normas e condutas mais coerentes, levando em consideração a vida humana como um todo.

5.4 Princípios da Bioética

A Bioética utiliza princípios que contribuem para direcionar as normas a serem seguidas. Segre e Cohen (2002, p. 36) afirmam: “sempre que se procura estabelecer “princípios”, na verdade, se está querendo erigir uma norma, uma regra, enfim, um Norte, que venha de encontro ao que nós sentimos serem nossas tendências”.

Conforme a corrente Principlista, de inspiração norte-americana, são três os princípios da bioética: autonomia, beneficência e justiça. A seguir, o conteúdo de cada princípio.

- a) A autonomia manda respeitar convicções e decisões morais do paciente; ele é um fim em si mesmo e nunca instrumento para outros fins, como experiências e pesquisas. [...]
- b) O princípio da beneficência determina que as consequências de qualquer intervenção médica sejam em benefício da pessoa paciente. [...]
- c) A justiça ordena duas coisas: primeiro, que todos os pacientes sejam tratados igualmente, sem diferenças, a não ser que momentaneamente apareçam situações distintas,

que exigem um tratamento diferenciado, mas será aplicado a todos os que venham a se encontrar na mesma situação. [...] (PEGORARO, 2010, p. 98-99).

Os princípios da bioética surgiram a partir do julgamento realizado contra os crimes feitos pelos nazistas na Segunda Guerra Mundial, alegando ser em nome da ciência. Porém suas bases podem ser observadas nas filosofias ocidentais. (PEGORARO, 2010 p. 101).

6. PSICOLOGIA, CUIDADOS PALIATIVOS E BIOÉTICA

6.1 Atendimento psicológico hospitalar no Brasil: um breve histórico.

Segundo Marcon, Luna e Lisbôa (2004, p. 28), as primeiras atuações do psicólogo na saúde pública do Brasil estavam sempre atreladas aos hospitais psiquiátricos. O psicólogo tinha uma posição de menor visibilidade e o tratamento médico era prioritário, sendo apenas a avaliação psicodiagnóstica a principal atuação desse profissional. As mudanças na década de 1970 pouco ocorreram, ainda as maiores atuações eram feitas nas instituições psiquiátricas e espaços privados (clínicas) e até a década de 1980, ainda não havia muitas mudanças.

O psicólogo começou a atuar junto aos hospitais gerais entre 1954 e 1957. Este início ocorreu durante a implantação do Serviço de Psicologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Sebastiani, 2000 abud Marcon, Luna e Lisbôa 2004 p. 29). Neste começo o trabalho era feito com as crianças que necessitavam de cirurgia do aparelho locomotor, mas era o único diante do resto do país.

Após movimentos sociais e as discussões sobre a saúde pública e democrática nas Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Mental, o resultado foi a ampliação da inserção do psicólogo junto a rede de assistência básica de saúde e saúde mental.

Santos e Jaco-Vilela (2009, p. 189) afirma que, com a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, postos de saúde, programas de Saúde da Família, institutos e hospitais gerais houve um aumento significativo da atuação do psicólogo. Na década de 1990 foi expressivo este aumento, tanto nos setores privados quanto públicos.

Santos e Jaco-Vilela (2009, p.189) dizem:

Tradicionalmente, a ideia de “saúde” se confundia no campo de atuação do psicólogo com a atuação na clínica privada, que com o passar do tempo, sofreu redução e/ou modificações em suas possibilidades de atuação, dando lugar à nova perspectiva de

inserção do psicólogo na saúde. (PEREIRA, 2003 apud SANTOS e JACO –VILELA, 2009 p. 189).

Com um novo ambiente a ser explorado houve a necessidade de realizar pesquisas e qualificar os profissionais para atuar na área.

A Psicologia e a Saúde foram se modificando nas últimas décadas, passando por três fases distintas como diz Spink, 2003 apud Santos e Jacob-Vilela, 2009 (p.190). Primeiro houve grande ênfase na psicogênese dos problemas de saúde e das teorias da personalidade, devido à grande influência das teorias psicanalítica e psicossomática. Na segunda fase são considerados alguns fatores ambientais e qualidade de vida, por último e mais recente a doença é vista como um “fenômeno psicossocial construído historicamente” (Spink, 2003 apud Santos e Jacob-Villela 2009, p. 190). Com isto, a visão do paciente sobre seu adoecimento passa a ser considerada pelos profissionais de saúde, desta forma a visão do médico não é a única importante e sim mais um dado relevante diante de tudo o que envolve o paciente.

6.2 Atuação do psicólogo no hospital.

A assistência psicológica no hospital ganhou espaço, mas afinal qual é a atribuição do psicólogo neste ambiente? Segundo Campos (1995, p. 77) o psicólogo tem como premissa de trabalho auxiliar na humanização da assistência prestada.

Ainda diz:

A humanização do atendimento abrange desde a indicação da internação, a orientação médica e a assistência global que o paciente recebe, incluindo o atendimento de sua família. [...] Os objetivos do psicólogo em sua atuação hospitalar devem abranger a assistência psicológica que se deva prestar a pacientes e seus familiares, a produção de conhecimentos psicológicos na área através de sua experiência e, por essa mesma experiência, a contribuição de alguma forma para o aperfeiçoamento de outros psicólogos e de outros profissionais de saúde. (NEDER apud CAMPOS, 1995 p. 77).

Camon et al. (1998, p. 14), ressalta aspectos importantes quando se trata da equipe de saúde destaca que deve existir uma harmonia para lidar com as situações de emergência, pois são estes profissionais que irão transmitir o equilíbrio necessário ao paciente e à sua família.

Neste aspecto Campos (1995, p. 78) menciona algumas vertentes do atendimento psicológico: o paciente, sua doença, a internação, o tratamento, os familiares e a equipe de saúde. O processo de adoecer transforma consideravelmente a vida do indivíduo e familiares. Por essa razão é importante prepará-los e proporcionar um tempo em que possam elaborar este processo de adoecimento. Com tantas informações dadas aos pacientes e seus familiares e questionamentos decorrentes desse primeiro momento, o psicólogo pode auxiliar a diminuir a ansiedade. No trecho a seguir há pontos a serem considerados:

É necessário discutir sobre a doença com o paciente e falar das implicações em sua vida: a origem, o desenvolvimento e o tratamento da doença. Também o psicólogo precisa avaliar como a doença está inserida na estrutura psíquica, quais os limites entre o real e o imaginário, as fantasias que estão em cena, pois a doença se insere e se articula em cada um, tendo um significado particular. Sabemos que a doença pode provocar culpabilidade, regressão e depreciação de si mesmo, marcando uma ruptura na história pessoal. Como cada indivíduo tem uma história singular, viverá a internação também de uma forma peculiar. Assim o psicólogo terá de conhecer esses aspectos particulares, para poder com a subjetividade a partir do que for objetivado. (CAMPOS, 1995, p. 79).

Campos (1995, p. 83) ao falar sobre a atuação do psicólogo atribui a esta assistência características peculiares. Desta forma, ele atentar-se para a promoção, prevenção e recuperação do bem-estar do paciente em todos os seus aspectos, sejam eles diante da própria doença (questões físicas) e sociais (histórico de vida, família), pois ambos compõem o psiquismo do paciente.

Diante as demandas que surgem durante uma internação as questões emocionais tornam-se mais evidentes, pois se trata de um momento de fragilidade. Neste contexto há ainda algumas doenças, sobretudo as doenças

crônicas as quais podem afetar a vida do paciente e família, apresentando dificuldades para superar a notícia.

Conhecer a pessoa que adoeceu é fundamental para podermos ajuda-la. Passamos, assim, a saber sobre sua força interior, sua habilidade para se recuperar, seus recursos de enfrentamento disponíveis e a respeitar suas defesas e o tempo que necessita para compreender tal fase da vida. Ou seja, faz-se necessário conhecer seu sofrimento e sua capacidade reativa, em outras palavras, a sua resiliência. As conceituações sobre resiliência remetem à habilidade de recuperar rapidamente de doença física, depressão ou algo semelhante. É a capacidade de retornar ao seu estado inicial a despeito de adversidades e, ainda, se ver mais forte do que antes. (CEREZETTI, 2010. p. 17)

O atendimento psicólogo dentro do hospital deve seguir as normas do Conselho Regional de Psicologia, pois ainda há assuntos e questões que não devem ser anunciadas para toda a equipe, pois o paciente confiou no profissional e não deseja ser exposto. Mesmo quando se trabalha com uma equipe multidisciplinar ou interdisciplinar, o sigilo e ética profissional deverá ser mantido. (CEREZETTI, 2010. p. 20)

Para atuar dentro do hospital o psicólogo deve ter um preparo tanto acadêmico quanto pessoal, pois ele lidará com situações emergenciais e em um dos momentos mais frágeis do ser humano, deverá estar apto para atender as demandas e saber quais são os seus limites. Várias disciplinas são necessárias para compor o saber do psicólogo no hospital como aponta Campos (1995, p. 103) como por exemplo: anatomia, neurologia, farmacologia e também as inseridas na grade acadêmica como desenvolvimento humano, psicopatologia, e outras.

Diante do cuidado paliativo o psicólogo procurará compreender o ser que adoece e seus desdobramentos, suas angustias, medos, ansiedades.

Quando um paciente está sob cuidado paliativo uma equipe multidisciplinar fará parte do cotidiano deste indivíduo. Neste momento o psicólogo auxiliará na comunicação entre o paciente e a equipe, mas respeitará o sigilo do atendimento.

Segundo Kovács (2011):

O conceito de paciente terminal, ainda utilizado, estigmatiza a pessoa. Do ponto de vista psicossocial, o atributo terminal pode condenar o paciente ao abandono, pela ideia de que “não há mais nada a fazer”, levando à naturalização da dor e do sofrimento, já que a morte está próxima. (KOVÁCS, 2011, p. 75).

No caso do paciente em cuidado paliativo é importante propiciar a comunicação entre paciente, família e equipe de saúde, deixá-los expressarem seus sentimentos, no intuito de proporcionar qualidade de vida até o fim. (SILVA, 2004 apud KOVÁCS, 2011 p. 79)

6.3 Cuidados Paliativos: Ortotanásia, Distanásia, Eutanásia e Morte.

A temática Cuidados Paliativos é complexa e requer a apresentação de outros assuntos importantes, também relacionados a bioética. O bem estar do paciente é levado em consideração, porém vencer a morte geralmente é um dos objetivos de equipe, sobretudo dos médicos. No entanto, é com base na ética que o melhor tratamento deve ser escolhido. Com base nestas questões conflituosas o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a resolução n. 1805/06, para auxiliar o médico nestas situações de difíceis decisões.

A norma propõe:

Resolução CFM N. 1805/06

Ementa: Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Diante da resolução n.: 1805/06, é necessário esclarecer alguns temas que envolvem a bioética, sendo eles: a ortotanásia, a distanásia, e a eutanásia.

A ortotanásia significa proporcionar atendimento humanizado, mas sem realizar procedimentos que não colaborem para melhora do paciente, aguardando sua morte natural. (ANDRADE, 2011, p. 166)

Distanásia é justamente o contrário do que propõe o cuidado paliativo, pois se trata de um tratamento fútil, o qual somente prolongará a dor e o sofrimento do paciente, não prolonga a vida, mas morosamente prolonga o processo de morrer. (PESSINI, 2001, p. 30).

Na Antiguidade o médico que tentasse prolongar um tratamento sem possibilidade de cura era considerado “o que agia de forma não-ética”. (PESSINI, 2001, p. 161).

A eutanásia termo mais conhecido popularmente, principalmente por ser um assunto frequente na mídia, jornais e televisão, ganha mais discussão. Eutanásia significa terminar com a vida antes de seu curso natural. Neste caso é considerada uma prática ilegal no Brasil, gerando diversas discussões a respeito, pois existem países como a Bélgica no qual esta prática é legalizada. (PESSINI, 2004, p. 124).

Os temas ortotanásia, distanásia e eutanásia são complexos e existem diversas pesquisas a respeito, porém não será explorado este assunto para não mudar o foco deste estudo, mas a proposta desta breve apresentação a respeito é justamente esclarecer que o cuidado paliativo não propõe este tipo de ação: prolongar a morte ou reduzir o tempo de vida do paciente.

A morte para o paciente em Cuidado Paliativo é a perspectiva mais concreta. Existem patologias que já carregam como premissa a morte, o câncer e a aids são doenças conhecidas pela sentença de morte eminente. (KOVÁCS, 2008, p. 196).

Na vida contemporânea os contatos com os mortos foram de alguma forma banidos de nossa convivência habitual, hoje morrer muitas vezes suscita o sentimento de derrota, e o sofrimento dos que ficam suscita diversos dilemas diante da morte.

A morte na atualidade cada vez mais ocorre num quarto de hospital, com poucas pessoas ao redor do moribundo e com rituais fúnebres ágeis, que visam “esconder” rapidamente o morto. A comunidade em torno do mesmo é cada vez menor e mais distante. O homem morre sozinho, pois sabe que o ato de morrer é agressivo aos outros. Esta consciência o faz recolher-se com suas doenças e infelicidades – vistas como falhas no esquema perfeito (quisera realmente fosse) que é a vida. (FRANCO, 2010, p. 25)

O paciente que já possui um diagnóstico com a morte iminente, carrega o peso da terminalidade, embora não saibamos quando realmente ela acontecerá, pois diante da dinâmica da vida um jovem poderá morrer da mesma forma que um idoso.

Ross, 1975 apud Kovács, 2002 (p. 198) acrescenta que se deve contar ao paciente a respeito de sua doença, porém o correto é encontrar a melhor forma para dizê-lo e não delimitar tempo, pois em sua visão isto só ocasionará angústia e sofrimento.

Conforme Ross, 1975 citado por Kovács (2002), há vários estágios para a aceitação da morte:

- 1) Negação e isolamento: este estágio ocorrer quando é dada a notícia e é influenciado pela forma como esta foi dada. Algum grau de negação tem de ocorrer, pois, como vimos, é impossível encarar a questão da morte o tempo todo. Este mecanismo é mais comum no início do processo, e pode ser seguido de choque e torpor acompanhado da frase célebre: “Não pode ser comigo”. (...)
- 2) Raiva: quando a negação não é mais possível, ela pode ser substituída por sentimentos de raiva, revolta, ressentimento e inveja. (...) Neste momento, pode ser muito difícil o contato com o paciente, tornando as visitas penosas, despertando sentimento de culpa na equipe e nos familiares.
- 3) Barganha: é a possibilidade de entrar num certo acordo para adiar o desfecho inadiável. O paciente imita de uma certa forma a criança pequena que promete se comportar bem para ganhar um presente.
- 4) Depressão: após a negação e a raiva, pode sobrevir um sentimento de perda, perda do corpo, das finanças, da família, do emprego, da capacidade de realizar certas atividades profissionais e de lazer. É um estado de preparação para perda de todos os objetos amados.
- 5) Aceitação: os pacientes que viveram a sua doença e receberam apoio nos momentos anteriores poderão

ultrapassar os estágios precedentes e chegar a uma aceitação da sua morte. Tendo realizado a despedida dos seres queridos, pode se manifestar uma grande tranquilidade. (ROSS,1975 apud KOVÁCS 2002, p. 199-200-201, 2002).

Estes estágios demonstram o quanto este momento é delicado para o paciente, além da dificuldade em acessar o paciente neste período, pois apoiá-lo será importante, mas exige cautela e sensibilidade para ele poder elaborar melhor a situação.

A morte é uma ruptura e quando o paciente está em cuidado paliativo a equipe procura transformar este momento. Se a compreensão a respeito da morte for como uma passagem, uma travessia, a equipe paliativista terá uma similaridade com a função da obstetra. (MENEZES, 2004, p. 174).

Neste momento o mais adequado seria o paciente estar ao lado de seus familiares, se isto não for possível que lhe seja proporcionado o direito de vivenciar sua própria morte. Esta será a última oportunidade do paciente exercer sua liberdade. “Esta liberdade deve ser respeitada por parte da equipe assistencial, familiares e pelo próprio hospital”. (PESSINI, 1990, p. 119).

Muito mais do que só tratar, deve-se deixar a vida seguir seu curso natural e então deixar que o inevitável fim chegue.

7. DISCUSSÃO

Os cuidados paliativos surgiram a partir dos hospices, sendo estes em um primeiro momento destinados aos pacientes em fase terminal, porém foi em Londres que surgiu o primeiro hospice para “acolher moribundos com baixa renda”. Foi na Inglaterra em 1967 através da assistente social Cicely Saunders que surgiu então a medicina paliativa. (PESSINI e BERTACHINI, 2006, p. 12), Todos os autores pesquisados concordam com este início histórico referente aos hospices e cuidados paliativos.

Menezes (2004, p. 58) aduz que o cuidado paliativo é a medida para proporcionar conforto ao paciente fora de possibilidade de cura. O foco principal será diminuir a dor, o sofrimento e demais sintomas, desta forma prover qualidade de vida.

“A medicina paliativa afirma a vida e reconhece que o morrer é um processo normal do viver. Não busca nem acelerar nem adiar a morte. Não está obcecada pela tirania da cura e se opõe à eutanásia.” (PESSINI, 2001, p. 209)

De fato, a proposta do cuidado paliativo é garantir um atendimento humanizado e para que isto ocorra, uma equipe multidisciplinar acompanha este paciente, diversos profissionais contribuem sendo um deles o psicólogo.

Os autores pesquisados ressaltaram a importância dos familiares acompanharem o paciente em cuidados paliativos, pois neste momento ele estará fragilizado. Também consideram relevante estes familiares serem acolhidos pela equipe e receberem apoio e informações sobre o tratamento.

As questões bioéticas implícitas em um cuidado paliativo devem ser debatidas por todos os profissionais, abaixo o relato do autor pesquisado que mais discute a bioética:

[...] Uma ética do cuidado e das virtudes apresenta-se como apropriada e necessária em cuidados paliativos. A ética do cuidado enfatiza essencialmente a natureza vulnerável e dependente dos seres humanos. Portanto, enfatiza que a ética não diz somente respeito ao processo de decidir, mas também envolve a qualidade das relações, tais como continuidade, abertura e confiança. A ética das virtudes critica o enfoque

ético baseado nas decisões a partir do caráter, enfatizando a importância de ações virtuosas. (PESSINI, 2004, p. 29).

A Bioética considera importante esclarecer a respeito da ortotanásia, distanásia e eutanásia, pois estes itens são relevantes quando se trata de cuidado paliativo. A ortotanásia visa evitar o sofrimento do paciente. A distanásia, no entanto, é discutível, pois como medida paliativa procura evitar o desperdício terapêutico, a futilidade no tratamento. Contudo, geralmente dentro das UTIs nos hospitais ela ocorre com frequência. (PESSINI, 2001, p. 113).

Embora a eutanásia seja autorizada em alguns países, no Brasil sua prática é ilegal. Além do mais, as religiões também não concordam com a prática da eutanásia.

Abaixo um documento publicado pelo Estado de Nova Iorque referente ao suicídio e eutanásia:

O grande interesse público sobre o suicídio medicamente assistido representa um sintoma de um problema muito maior, nossa falha coletiva em responder adequadamente ao sofrimento que os pacientes frequentemente experimentam no final da vida. Aperfeiçoar os cuidados paliativos, e responder às necessidades psíquicas, espirituais e sociais dos pacientes que estão morrendo, deve ser uma prioridade nacional crítica. Se o suicídio assistido será finalmente legalizado ou não, esperamos que todos os que estão envolvidos no debate sobre legalização unirão as forças para atingir este importante objetivo. (NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH, 2004 apud TEIXEIRA, 2009, p. 369)

O tratamento paliativo torna-se uma opção adequada, desde que o objetivo seja atender a necessidade do paciente. A eutanásia é uma prática ainda em discussão, abreviar a vida é definitivo e deve ser pensada amplamente, mesmo sendo ilegais, as discussões continuam.

Neste contexto o psicólogo atuará junto ao paciente e seus familiares. Estar em cuidado paliativo significa ter uma doença fora de possibilidade de cura e as emoções que surgem quando o paciente recebe esta notícia e seus familiares influenciam em todo o tratamento.

[...] No período final, o que se impõe é lidar com sintomas, desconforto, dor e incapacitação; lidar com estresse institucional e dos procedimentos; administrar estresse e examinar as estratégias de enfrentamento; lidar efetivamente com os cuidadores; preparar-se para a morte, despedir-se; preservar autoconceito; preservar relações apropriadas com as famílias; encontrar significado em vida e morte. Estas são tarefas de grande envergadura e requerem uma participação ativa do psicólogo como profissional que pode atuar diretamente com paciente e família e indiretamente junto à equipe, para prepara-la para essas demandas. (FRANCO, 2008, p. 76).

O psicólogo deve se preparar para lidar com todas estas situações que possam surgir, a assistência ao paciente terminal é feita por uma equipe multidisciplinar e os profissionais também necessitam de apoio, pois estarão presentes em momentos decisivos do tratamento.

O tratamento paliativo propicia reflexões a respeito do fim da vida. A morte, por implicar em perdas e ser cheia de mistérios, fará com que o paciente entre em contato com a finitude de sua vida, sendo necessário sensibilidade da equipe para ajudá-lo neste momento, como pode ser observado abaixo:

As intervenções de cuidado para com o paciente se apresentarão permeadas pela nossa postura frente ao morrer, como o ser cuidador percebe o ser-que-precisa-ser-cuidado. Esta percepção percorre um caminho que pode ser linear e que, ao seu final, se encontra a morte ou ainda pode ser vida que a qualquer instante pode se deparar com sua finitude. (SOUZA e BOEMER, 2005, p. 52).

A morte em cuidados paliativos deve ser vivenciada por diversos aspectos:

Os Cuidados Paliativos são uma forma de educação para a morte, para o paciente e familiares e profissionais de saúde, já que propõem o convívio diário com as perdas trazidas pelo adoecimento e pela proximidade com a morte. O luto antecipatório é uma forma de compartilhar os sentimentos e sofrimentos, em relação a estas perdas. Mas, a principal tarefa dos profissionais e gestores é evitar os processos distanásicos,

informando e esclarecendo pacientes, familiares e demais profissionais da saúde. (KÓVACS, 2008, p. 556)

Os cuidados paliativos são práticas crescente no Brasil, porém ainda há muito a ser desenvolvido. As leis existentes que contribuíram para ampliar o tratamento paliativo ainda não obrigam todo hospital a adotar uma equipe especializada. No entanto, as iniciativas realizadas sinalizam que no futuro farão parte da assistência de saúde em todos os estados e municípios. (MACIEL, 2008, p. 28)

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A medicina paliativa surgiu com a proposta de possibilitar atendimento humanizado para os pacientes fora de possibilidade de cura. Com base no modelo de atendimento dos hospícios Europeus este tratamento foi disseminado em outros países.

No Brasil os cuidados paliativos ocorrem em sua maioria nos hospitais e clínicas especializadas, porém não são todos os hospitais que disponibilizam de equipe específica para cuidado paliativo, a maioria destes hospitais estão nas grandes capitais.

Observa-se que o paciente em cuidado paliativo entra em contato com a finitude da vida, neste momento é necessário pensar na melhor forma de acolher as demandas que surgem, tanto do paciente quanto de sua família. A família desempenhará um papel importante neste momento e também trará suas angústias e emoções. É neste cenário que a assistência psicológica será importante, auxiliar o paciente nesta etapa: enfrentar um tratamento de forma a vivenciá-lo até seu fim.

A formação do psicólogo para atuar dentro do hospital vai além da graduação, é necessário conhecer diversas disciplinas para estar em sintonia com os outros profissionais. Sua experiência própria de vida também será útil, pois as adversidades cotidianas no hospital exigem dos profissionais equilíbrio emocional para lidar com elas.

A Bioética é discutida quando se trata do cuidado paliativo, pois a impossibilidade de cura suscita questões sobre a ortotanásia, distanásia e eutanásia, evitar a futilidade médica, prolongar a vida evitando o sofrimento e refletir sobre o direito do paciente interromper sua vida. Embora a prática da eutanásia seja ilegal no Brasil em alguns países é permitido. No entanto, a medicina paliativa se propõe a diminuir o máximo possível o sofrimento do paciente, visando o conforto, a dignidade e o atendimento humanizado.

Através dos cuidados paliativos houve um avanço significativo, os hospitais e profissionais foram em busca de conhecimento. No entanto, ainda há muito a ser explorado sobre as melhores práticas para o tratamento do paciente terminal.

REFERÊNCIAS.

ANDRADE, Edson de Oliveira. A Ortotanásia e o direito brasileiro: resolução CFM n. 1805/06 e algumas considerações preliminares à luz da legislação brasileira. In: BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo (Orgs.). **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida**: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Paulinas, 2011. Cap. 4 p. 165- 183.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Brasília. 14. 07.2010. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/codigo-de-etica-medica-atual%itemid=122>. Acesso em 19 Mai. 2014.

BRASIL. Lei nº 1931, Resolução n. 1805/06, de 17 de setembro de 2009. Código de Ética Médica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Dispõe sobre o Código de Médica. Poder Executivo, Brasília, DF, 17. 09.2009. Seção I, p. 169.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami (Coord.). **Urgência Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002. 211 p.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar**: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU, 1995. 112 p.

CEREZETTI, Christina Ribeiro Neder; FELÍCIO, Jônia Lacerda; VEIT, Maria Teresa (Orgs.). **Psicologia nas Organizações de Saúde**: da prevenção ao tratamento. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010. 176 p.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para fundamentar a bioética**: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola, 2005. 501 p.

FRANCO, Clarissa de. **A cara da morte**: os sepultadores, o imaginário fúnebre e o universo onírico. São Paulo: Ideias & Letras, 2010. 264 p.

KOVÁCS, Maria Júlia. Cuidando do cuidador profissional. In: BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo (Orgs.). **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida**: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Paulinas, 2011. Cap. 3 p. 71 - 98.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e Desenvolvimento Humano**. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. 253 p.

MACIEL, Maria Goretti Sales, Definições e Princípios. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina, 2008. Cap. 1, p. 15-32.

MARCON, Claudete; LUNA, Ivana Jann; LISBÔA, Márcia Lucrécia. O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. **Psicol. Cienc. prof.**

Brasília. V.24, n. 1, mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14149893200400010004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 Mai. 2014.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond Fio Cruz, 2004. 228 p.

NEVES, Maria do Céu Patrão. **Bioética Simples**. Lisboa: Verbo, 2007. 299 p.

PEGORARO, Olinto A. **Ética e Bioética: da subsistência à existência**. Petrópolis: Vozes, 2010. 133 p.

PESSINI, Leo. **Como lidar com o paciente em fase terminal**. 5ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Santuário, 2007. 157 p.

PESSINI, Léo. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola. 2001. 431 p.

PESSINI, Léo. **Eutanásia: por que abreviar a vida?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola. 2004. 376 p.

PESSINI, Léo. **Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo**. Revista Bioética, Brasília, v.18, n.3, 2011. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/584. Acesso em: 07 Jun. 2013.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul; et al. (Orgs.). **Ética e Bioética Clínica no Pluralismo e Diversidade: teorias, experiências e perspectivas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Ideias&Letras, 2012. 500 p.

PESSINI, Léo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. 336 p.

PESSINI, Léo; BERTACHINI, Luciana. **O que entender por cuidados paliativos**. São Paulo: Paulus, 2006. 72 p.

SANTOS, Fabia Monica Souza dos; JACO-VILELA, Ana Maria. O psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento. **Paidéia Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, ago. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2009000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 19 mai. 2014.

SANTOS, Izequias Estevam dos. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 201. 384 p.

SEGRE, Marco; COHEN, Claudio. **Bioética**. São Paulo: USP, 2002. 218 p.

STEPKE, Fernando Lolas; DRUMOND, José Geraldo de Freitas.
Fundamentos de uma antropologia bioética: o apropriado, o bom e o justo.
São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007. 216 p.