

A CONCEPÇÃO PSICOLÓGICA NA TERMINALIDADE E NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Elenita Souza do Nascimento ¹

Maria Angélica Napolitano ²

RESUMO

Nos últimos anos o profissional de psicologia tem conquistado vários espaços no mercado de trabalho de maneira bem expressiva, principalmente na área da saúde, onde se tem constituído um papel de grande importância nas questões hospitalares. O desenvolvimento do presente artigo visa promover conhecimentos nos aspectos desenvolvidos na terminalidade humana, mostrando de forma evidenciada o papel do psicólogo hospitalar na integração dos cuidados paliativos, na área de atenção psicológica à pacientes em processo de adoecimento. A pesquisa bibliográfica apresentada ao longo desse artigo, objetiva trazer problematizações acerca da importância dos cuidados da medicina paliativa, mostrando de forma criteriosa a necessidade desse tratamento dentro de todos os órgãos de saúde públicos e particulares.

PALAVRAS-CHAVE: Terminalidade, Cuidados Paliativo.

ABSTRACT

In recent years the professional psychology has conquered many spaces in the very expressive way labor market, especially in health care, where it has remained a major

¹ Acadêmica do curso de Psicologia do Instituto de Ensino Superior do Estado do Espírito Santo-Faculdade do Espírito Santo - Multivix Cachoeiro. Email: elenita.souza@gmail.com.

² Professora do curso de Psicologia do Instituto de Ensino Superior – Multivix – Cachoeiro. Email: maria.angelica@multivix.edu.br

role in hospital issues. The development of this article aims to promote knowledge on the aspects developed in the human terminal illness, showing evidenced shape the role of the hospital psychologist in the integration of palliative care in the area of psychological care to patients in disease process. The literature presented throughout this article aims to bring problematizations about the importance of the care of palliative medicine, showing carefully in the need of such treatment in all public and private health agencies.

KEYWORDS: Terminality, Palliative Care.

1. INTRODUÇÃO

Durante toda evolução da vida humana, a morte sempre foi uma palavra temida e quase nunca pronunciada em nosso cotidiano. Mas com a transição das décadas, esse conceito foi modificado, deixando de ser um tabu enfrentado pela família e passando a ser uma responsabilidade também de profissionais de saúde.

O processo do adoecer até a fase final da vida, nos mostra hoje uma abordagem diferenciada das décadas de nossos antepassados. Os tratamentos médicos e hospitalares focam nos dias atuais em avanços e em formas de cuidados que visam objetivamente à qualidade de vida de pacientes terminais, ou seja, todos os avanços da ciência nos dias de hoje não estão voltados apenas para a finalidade do salvar vidas, mas sim na possibilidade de prolongamento e alívio do sofrimento de pacientes que estão à beira da morte.

O cuidado paliativo é um conceito, que foi disseminado pelo mundo como uma nova filosofia do cuidar, voltado principalmente para os casos de doenças-crônicas evolutivas, sendo esse inserido por toda uma equipe multidisciplinar, que objetiva a finalidade desse cuidado não só para o paciente mais também para família que o acompanha.

O preceito de morte evoluído dentro do processo de cuidados paliativos é uma questão que vem sendo acompanhada muito antes da finalização do diagnóstico, sendo esse detectado e aplicado precocemente aos pacientes e familiares, com o objetivo de médico, equipe de saúde, paciente e família criarem um vínculo de confiança. Através

desse conjunto formado é estabelecido um plano estratégico, que visa dar ao paciente uma assistência integral e contínua.

Diante desses aspectos aplicados, o paciente diagnosticado tem seu prognóstico pesquisado, e daí passa-se a discutir meios de tratamentos que possam levá-lo a ter melhores resultados e aceitação do tratamento.

O prolongamento da vida, muita das vezes implica em tratamentos injustificáveis, os quais estão voltados para aliviar o sofrimento, aumentando de forma significativa uma melhor qualidade de vida ao tempo que lhe resta.

A promoção do conforto oferecido aos pacientes terminais tem aspectos fundamentais no afastamento da morte, fazendo com que esse venha a ter no restante de sua vida uma expectativa não de cura mais de extrema melhora física e psicológica.

Enfim administrar cuidados paliativos a pacientes terminais é um modelo de atenção que vem crescendo relativamente em todas as áreas da saúde, enfatizando que o conceito do cuidar nos coloca frente a situações, que muita das vezes nos levam a refletir sobre os processos que temos que vivenciar até o término de nossos dias.

A terminalidade, ou seja, a morte é um processo de finalização misterioso, o qual desperta medo e curiosidade a todo o ser humano. Porém quando nos vemos diante de fatores que podem nos levar a esse processo psicológico, desencadeamos uma série de aspectos que por fim nos leva ao luto antecipatório, que se define como o desacreditar da melhora da doença, levando o paciente e seus familiares a total desestabilização diante de todo o processo de melhora.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 - O QUE SÃO CUIDADOS PALIATIVOS?

O conceito dos cuidados paliativos é uma abordagem bem esclarecida nos dias de hoje, tendo esse conceito origem na década de 60 através de um movimento hospice, originado por Cecily Saunders, que foi quem difundiu pelo mundo uma filosofia diferenciada do cuidar em duas noções: O controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes dos tratamentos em fase avançada e o cuidado abrangente das

dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias. O significado da palavra Hospice tem origem no latim hospes, a qual inicialmente significa estranho e posteriormente anfitrião, logo se chega a hospitalis que tem significado “bem vindo ao estranho”, a qual evolui para o significado de hospitalidade.

Em 1840 na França Hospices era definido como locais de abrigos para peregrinos em percurso e de origem religiosas, onde se cuidava nesses locais de pessoas enfermas que estavam à beira da morte. Já em 1900, surgiu em Londres o Saint Christopher's Hospice o qual revolucionou essa filosofia e deu origem a outros hospices independentes. Posteriormente, em 1967 junto a esses novos conceitos surgiu também o termo “palliare”, o qual tem origem também no latim, com significado proteger, amparar, cobrir, abrigar, seguindo assim a perspectiva do cuidar e não somente o da cura colocando assim a medicina em foco principal. (Moretto, 2001, citado por Simonetti, 2011).

Com a revolução dessas filosofias do movimento hospice, começou a ser introduzido na área da saúde um novo conceito de cuidar, o qual não se foca agora só na cura mais no conjunto de cuidados focados no paciente até o final de sua vida. Foram criados novos campos, como o da medicina paliativa, sendo incorporada a essa nova filosofia equipes de saúde especializadas no controle da dor e no alívio de sintomas.

Atualmente a abordagem multidisciplinar utilizada no cuidar, esta voltada na compreensão do paciente e da família, sendo muitos aspectos dessa abordagem aplicados durante o curso da doença, visando reduzir o sofrimento do paciente, focando em aliviar as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

Durante duas décadas a OMS conceituou a abordagem dos cuidados paliativos da seguinte maneira:

Os cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, quando o controle da dor e de outros sintomas (psicológicas, sociais e espirituais) são prioridade e o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares. (AUTOR, 1990, PG.)

Já no ano 2000, a Organização Mundial de Saúde redefiniu esse conceito, colocando em evidência a questão da prevenção do sofrimento.

Cuidados paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias, que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da 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. (OMS, 2000)

(Disponível em:

[HTTP://www.cuidadospaliativos.com.br/img/din/file/RBCP1.pdf](http://www.cuidadospaliativos.com.br/img/din/file/RBCP1.pdf). Acesso em: 20 de outubro de 2014).

Maciel (2008) em suas abordagens também descreve os princípios dos Cuidados Paliativos determinados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo esses constituídos da seguinte forma:

- Alívio da dor e de sintomas estressantes para o doente
- Visão da morte como um processo natural, pois “a compreensão do processo de morrer permite ao paliativista ajudar o paciente a compreender sua doença, a discutir claramente o processo da sua finitude e a tomar decisões importantes para viver melhor o tempo que lhe resta” (p.20).
- Não antecipar ou postergar a morte, mas propor medidas que melhorem a qualidade de vida e, se possível, retardem a evolução da doença, de forma que as ações, sempre ativas e reabilitadoras, sejam realizadas dentro de um limite para que não signifiquem mais desconforto ao paciente do que a própria doença.
- Integrar aspectos psicossociais e espirituais, o que implica que o cuidado seja conduzido por uma equipe multiprofissional, na qual cada membro tenha seu papel específico, mas todos ajam de forma integrada.
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente uma vida tão ativa quanto possível até sua morte, o que significa não poupar esforços para promover o bem-estar, somente recorrendo à sedação pesada quando forem esgotados todos os recursos para o controle do quadro.
- Oferecer um sistema de suporte à família para que se sintam amparados durante o processo da doença. “Quando os familiares compreendem todo o processo de evolução da doença e participam ativamente do cuidado sentem-se mais seguros e amparados. Algumas complicações no período do luto podem ser prevenidas. É preciso ter a mesma delicadeza da comunicação com o doente, aguardar as mesmas reações diante da perda e manter a atitude de conforto após a morte” (p.20)

- Iniciar os Cuidados Paliativos o mais precocemente possível, concomitantemente a outras medidas de prolongamento da vida (recursos diagnósticos e terapêuticos), incluindo todas as investigações necessárias para melhor compreender e manejar os sintomas. “A integração do paliativista com a equipe que promove o tratamento curativo possibilita a elaboração de um plano integral de cuidados, que perpassa todo o tratamento, desde o diagnóstico até a morte e o período após a morte do doente” (p.21).

Diante de todos os aspectos apresentados, fica evidente que o grande objetivo dessa abordagem é acrescentar qualidade de vida, e ajudar ao paciente a encarar o processo da morte como um processo normal, provendo através dos cuidados o alívio da dor e de outros sintomas, para que assim o paciente possa viver mais ativamente e dessa forma sua família tenha melhor preparação para o processo de luto.

2.2 - DEFINIÇÃO DE PACIENTES TERMINAIS E CUIDADOS PALIATIVOS.

Geralmente se diz que o paciente foi desenganado quando ele se encontra fora das possibilidades terapêuticas oferecidas pela medicina, quando já não há mais nenhuma possibilidade de cura ou de mantê-lo vivo, transformando se assim todos os aspectos de esperança existente em momentos terríveis para o paciente e seus familiares.

A terminalidade é um conceito difícil de definir, pois aborda diversos aspectos da vida. Admitir para a família ou para o paciente que os recursos e possibilidades de resgate de uma cura se esgotaram não significar dizer que é o fim, que não há mais o que fazer. Ao contrário, iniciasse uma série de cuidados que até então ainda não havia sido oferecido para aquele paciente e sua família. Cuidados visando o alívio da dor e do sofrimento do paciente embora o processo de morte não seja algo que esteja distante.

Segundo Boss (1981) ele descreve que só quando continuamos conscientes de nossa mortalidade é que continuamos percebendo que cada momento de nossa é irrecuperável e por isso tem que ser aproveitado.

A morte é um processo que involuntariamente esta ligada aos cuidados paliativos, o qual tem em sua finalidade amenizar esse processo de forma significativa e consciente.

Definir paciente terminal é um conceito que requer diversos aspectos, tendo em sua definição a seguinte descrição: “Pacientes terminais são aqueles cuja doença é irreversível, os quais já não apresentam mais possibilidades de ter resgatadas suas condições de saúde e a possibilidades de morte parece inevitável. Diante desses aspectos são introduzidos os cuidados paliativos junto ao paciente e sua família para que assim seja realizada todo cuidado multidisciplinar até a fase de terminalidade de sua vida.

2.3 - ATUAÇÕES DO PSICÓLOGO NOS CUIDADOS PALIATIVOS

O papel do psicólogo diante da terminalidade humana tem como objetivo principal oferecer uma melhor qualidade de vida para o paciente, buscando amenizar o sofrimento, a depressão e a ansiedade, mesmo diante do processo de morte. A atuação do psicólogo esta ligada em todas as fases do processo de adoecimento do paciente, estando ele presente tanto nas fases de prevenção quanto nas varias etapas do tratamento. Devido às condições apresentadas no adoecimento e na hospitalização, os pacientes costumam apresentar quadros de fragilidade física e psicológica, precisando intervir nesses casos um profissional voltado para os aspectos não só do corpo mais sim para a saúde da mente, dando ao paciente através de sua intervenção uma melhor compreensão global do estado em que se encontra. Segundo as palavras de Pessini, 2002:

Ser possível e adequado para a humanização se constituir, sobretudo, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível. Aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade.(PESSINI, 2002, p.38)

O trabalho do psicólogo nos cuidados paliativos consiste em ajudar o paciente e a família a ter um melhor conhecimento sobre a doença e seu tratamento, mostrando a importância do se falar da doença tanto na família como com o paciente, o que faz com que muita das vezes o processo de enfrentamento da doença seja melhor aceito por ele.

Segundo palavras de Pessini (2002) ele descreve o acolhimento e a escuta como ferramentas fundamentais do psicólogo, no desenvolvimento terapêutico de comunicação juntos a todos os membros, gerando assim um elo de confiança entre

ele e o paciente, o qual fará com que se compreenda o paciente em toda a sua totalidade.

O papel do psicólogo hospitalar em cuidados paliativos está voltado à significação e valorização da vida, dando ao doente condições de lidar com a situação em que se encontra, e assim o ensinando a valorizar cada momento vivenciado por ele.

O psicólogo como parte de uma equipe multidisciplinar em cuidados paliativos, contribui com grande importância em diversas atividades hospitalares, atuando não só na fase de terminalidade, mas no suporte e conforto à família como partes gerais do processo de cuidados.

Além dessa gama de tarefas, a psicologia também atua junto às equipes multidisciplinares, auxiliando nas relações e vias de comunicações, fazendo com que dessa forma ocorra a troca e o conhecimento de diferentes aprendizados. A psicologia se identifica como um elo, o qual tem o objetivo de manter ligados pacientes, familiares e equipes de saúde, com o intuito de promover uma boa aceitação aos cuidados até então proposto ao paciente, gerando assim um menor desgaste na adesão do tratamento. Contudo Londero (2006) salienta um ponto de vista sobre a equipe, citando que o tratamento em cuidados deve contar com uma equipe multiprofissional que trabalhará com o foco de promover um equilíbrio geral para o doente, sem buscar cura, no entanto, oferecendo-lhe uma melhor qualidade de vida. Já do ponto de vista citado segundo Simonetti (2011, p.18), “a psicologia hospitalar é o campo de atendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento, onde seu objetivo é a subjetividade”. Ele resume que diante de todas as implicações e dificuldades do estado patológico de um paciente, sua subjetividade é balanceada, ocorrendo nesse momento à entrada do psicólogo em cena, oferecendo algo que os demais profissionais da saúde não puderam lhe dar como a atenção e a escuta às suas aflições. “A psicologia se interessa em dar voz à subjetividade do paciente, restituindo-lhe o lugar de sujeito que a medicina afasta” (Moretto, 2001 APUD Simonetti, 2011).

2.4 - O PROCESSO DE ESTÁGIO DA MORTE

Como é vista a morte? Como é vivenciar essa passagem? Milhares de pessoas em todo o mundo vivenciam essa frase a todo o momento, principalmente aquelas que tinham um familiar acometido com alguma enfermidade. Tentamos nos preparar para esse instante final, mas a preparação desse processo nem sempre é aceita. (Terezinha, 2008, p. 40)

A morte é vista como uma passagem, pensada como um instante final junto ao seu querido familiar, o qual nas últimas horas desse estágio tem toda atenção voltada para si, fazendo com que esse tenha todos os seus desejos e vontades atendidos mediante a liberação da equipe multidisciplinar que até então o acompanhou durante todo o processo de cuidados paliativos.

O paciente que vivencia a proximidade da morte, na maioria das vezes tem seu quadro de saúde cercado de inúmeras impossibilidades, as quais até então nesse processo final são vetadas com o objetivo de preservar a autonomia e a dignidade do paciente. O psicólogo nesse contexto intervém junto à equipe e familiares, fazendo com que se prevaleça o respeito e o desejo de suas vontades, sempre priorizando o alívio do sofrimento e conforto até os últimos instantes de sua vida. Segundo Boss (1981, apud Campos, Terezinha, 2008, p. 43):

“Afirma que só quando continuamos conscientes de nossa mortalidade é que continuamos percebendo que cada momento de nossa vida é irrecuperável e por isso tem que ser aproveitado. Somente porque o homem é finito, cada momento conta. Conta como realização e liberdade ao nos envolvermos adequadamente com as reivindicações daquilo que nos solicita”.

Segundo Kubler-Ross (2000), Os estágios pelos quais a pessoa passa em seu processo de morte, se baseiam em cinco fases, sendo elas: A negação, revolta, barganha, depressão e a aceitação. Descrevendo o autor que nem todas as pessoas passam por essa fase ou seguem essa mesma seqüência no processo da terminalidade.

Inicialmente o processo se inicia com a negação, sendo essa uma fase de rejeição e não aceitação do fato que esta ocorrendo. O paciente não consegue conceber a idéia de morte em seu quadro de saúde e passa a ter frases e conversas sempre voltadas a negação: não pode ser verdade, Isso não pode acontecer comigo entre outras. Esse é um aspecto do processo bem visto pelo psicólogo, como algo saudável, o qual faz

com que o paciente passe a lidar de uma forma melhor com a situação dolorosa em que se encontra se familiarizando aos poucos com sua realidade.

A segunda fase se caracteriza como uma fase de troca, a qual o paciente troca o sentimento de negação por um sentimento de raiva e revolta. Nessa fase o paciente se questiona a todo o momento o Porquê ele, e diante disso reflete sua revolta em cima da família e de toda a equipe médica, sendo essa mais uma reação esperada em seu processo.

De acordo com (Kubler-Ross, 2000, p.32) “A pessoa age assim ao perceber a proximidade de sua finitude. Sua vida, família, projetos e sonhos estão acabando e não há como reverter este quadro. Diante de tudo isso, sente-se enganado, impotente e derrotado, entrando, então, em uma terceira fase que é a barganha”.

A barganha se define como uma tentativa de adiamento da morte, sendo essa feita geralmente em segredo sendo acordada diretamente com Deus. Nessa fase o paciente promete as diversas ações, como se em troca fosse receber um prêmio, o qual seria a prorrogação de sua vida. Kubler Ross (2000) cita nessa fase que quando a negociação não ocorre, o paciente aceita a realidade de sua morte.

A fase da depressão, essa surge quando a doença começa a avançar e a pessoa não tem mais meios de negá-la, tendo todo o seu cotidiano alterado por consequência da doença. É uma fase de muita solidão, onde a angústia e a ansiedade permeia o paciente, fazendo que ele tenha um sentimento de culpa e com isso perceba a chegada da morte como algo que realmente irá acontecer.

A quinta é a última fase do processo de morte, sendo essa destacada através do sentimento da aceitação de sua doença. Essa fase o paciente apresenta aspectos de total plenitude, aceitando em si a morte, não havendo mais relutância. Nessa fase algumas medidas são tomadas, pois nela o paciente apresenta características de sono com mais frequência, e com isso as visitas deixam de ser bem vindas, sendo focadas apenas as visitas de pessoas de maior importância. A fala é uma das últimas ferramentas usadas nesse processo, fazendo com dessa forma o paciente sinta paz e conforto por meio de suas lembranças e memórias, passadas através da presença de seus familiares e amigos.

2.5 - O LUTO FAMILIAR

O luto é uma questão, a qual não tem como não ser citado nos assuntos sobre cuidados paliativos. Ele aborda aspectos que buscam entender como é a realidade de uma família que tem um parente em situação de fase terminal.

Diante de todos os fatores ocorridos com paciente durante seu tratamento, foi percebido que pouca atenção é oferecida ao processo de luto antecipatório que as famílias passam diante do adoecimento de um parente.

Quando estamos diante do acontecimento da morte de um familiar é bem comum, que ocorra um pacto de silêncio a respeito dessa perda. Ocorrendo essa ação devido ao receio de falar sobre o assunto, o qual pode causar dor ao outro (OSÓRIO E VALLE 2009,P.39),

O luto é uma consequência da quebra de um vínculo significativo para o indivíduo, é uma resposta natural e esperada após uma perda real ou simbólica, pode acontecer por situações como morte, afastamento, perdas de capacidade físicas ou psicológicas, perda do ambiente conhecido, experiências que envolvem mudanças e que exigem da pessoa uma reorganização, promovendo mudanças na forma da pessoa lidar com as situações.

Para Freud (1914/1915, p.249), “o luto é uma reação à perda de um ente querido ou alguma coisa que ocupou o lugar desses. Para algumas pessoas essas influências produzem ao invés de luto, melancolia. O luto não deve ser entendido como patológico, pois após um tempo ele pode ser superado sem nenhuma interferência”.

O impacto do choque é a primeira resposta a morte de uma pessoa querida, sendo esse até mais intenso caso a morte seja algo inesperado. O choque recebido no momento da notícia pode gerar situações inesperadas, sendo representadas através da recusa da morte do ente, explosões violentas, choros incessantes ou até mesmo colapso físico.

A família diante dessa situação apresenta fatores, que poderiam ter sido melhor trabalhado durante o processo de tratamento do paciente para que nessa fase ocorresse um melhor enfrentamento do fato ocorrido porém já esperado.

Maciel et al (2006) descreve que na fase final da vida, podem ser proporcionados momentos de reconciliação e crescimento pessoal, onde ele cita que o respeito e o desejo do indivíduo são fundamentais, de forma que lhe favoreça uma morte digna respeitando o desejo, valores e prioridades do paciente em sua fase terminal.

O processo de luto é uma fase considerada singular de cada indivíduo, porém com o propósito de diagnosticar o luto, como um fator de risco para o sujeito, sendo necessário considerá-lo por meio de fases de uma nova visão.

O psicólogo em seu dia a dia junto ao paciente tem meios de identificar as fases que podem levar o indivíduo ao processo de luto, tendo essas fases as seguintes definições:

O entorpecimento: É a reação inicial à perda por morte, podendo ocorrer com percepção da aproximação da própria morte, podendo durar horas ou até mesmo dias.

A segunda fase é o anseio e protesto, a qual é marcada por fortes crises de choro, emoções fortes e de muito sofrimento psicológico, levando o indivíduo a uma grande agitação física, diante de um desejo de reencontrar o ente querido.

Já na terceira fase definida como o desespero, entra um processo mais lento onde o enlutado tem a aceitação que a perda é inevitável, deixando de procurar a pessoa perdida. Nesse processo a depressão e a apatia são fatores que predominam no paciente, tornando o processo de recuperação mais lento e doloroso.

Finalmente na quarta fase que é a recuperação, ocorrem fatores positivos no acompanhamento ao familiar, surgindo resultados que fazem com que a depressão e a desesperança sejam reduzidas e sentimentos positivos passam a ser condicionados trazendo assim melhoras significativas e evoluídas diante do quadro apresentado.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho desenvolvido seguiu os preceitos de estudos exploratórios consistindo em uma revisão de literatura, realizada por meio de pesquisa bibliográfica analítica, constituída através de livros e artigos científicos, apresentando um enfoque qualitativo, voltado para obtenção e interpretação de maiores conhecimento da concepção psicológica dentro do contexto da medicina paliativa hospitalar.

O propósito de desenvolvimento da pesquisa volta-se para relevância do tema, Problematização e o conceito bibliográfico sobre a abordagem do assunto.

Na perspectiva de obtenção do conhecimento e reflexão acerca do tema, foram abordadas as seguintes etapas: Elaboração do tema, levantamento de fontes bibliográficas e científicas, formulação do projeto de pesquisa, coletas de dados através de leitura seletiva e exploratória, organização sumária e desenvolvimento do estudo.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Considerando todos os aspectos relevantes na abordagem e desenvolvimento do tema, compreendeu-se que o presente estudo, teve a finalidade de ordenar e resumir informações obtidas nas fontes de pesquisa, de modo que estas possibilitassem a obtenção e discussão de mais conhecimento e resposta a temática de estudos científicos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre a importância dos cuidados paliativos, significa voltar-se para o resgate das ações afetivas em um ambiente hospitalar, fazendo que esse paciente tenha conforto e bem estar na fase final de seu adoecimento.

O presente trabalho destacou como objetivo principal deste estudo, a importância do psicólogo hospitalar na concepção da medicina paliativa. Evidenciando através dos estudos o papel do psicólogo na integração de sua função, ao promover assistência, acolhimento e aceitação do processo de adoecimento na vida dos pacientes que se encontram hospitalizados e seus familiares.

Segundo Argemani (1984) o desenvolvimento das atividades do psicólogo no âmbito hospitalar é notório a sua presença frente às questões que envolvem a doença. De acordo com o autor este atendimento vem para dar suporte e fortalecimento a Psicologia como uma linha importante na busca da compreensão humana ao mesmo tempo em que atuam de forma significativa nas questões de morte, saúde, hospitalizações e outras temáticas.

Diante dos estudos acadêmicos desenvolvido, mostrou-se a importância de analisar o conjunto de habilidades e competências realizadas no decorrer dos estudos docentes, somando de forma significativa conceitos que farão parte do desenvolvimento profissional durante toda nossa atuação.

Espera-se que a evolução paliativa dentro da concepção psicológica, promova-se cada vez mais práticas que propiciem ao paciente conforto e solidariedade no alívio de sua dor.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ARAUJO, MMT. A Comunicação no processo de morrer. In: Santos, FS (Org.). **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

ARAÚJO, R. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1, p. 199-212.

BOSS, Medard. **Angústia, culpa e libertação**:ensaio de psicanálise existencial.trad.Barbara Spanoudis, 3ª ed. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1981.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. **Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional**. Psicol. Cienc. prof. [online]. 2004, vol.24, n.3, pp. 48-57. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498932004000300007&script=sci_artt_ext>. Acesso em: 29 Set 2014.

<http://www.webartigos.com/artigos/o-processo-de-luto-antecipatorio-das-familias-com-parentes-em-fase-de-doenca-terminal/63739/#ixzz3FIRjP2ou>.Acesso em: 08 de outubro de 2014.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

MACIEL, M. G. S. **Definições e princípios**. In: OLIVEIRA, R. A. (Coord.). *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 15-32.

PINHEIRO, T. R. S. P; BENEDETTO, M. A. C.; BLASCO, P. G. **Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos**: aprendendo com os nossos pacientes. *Revista Brasileira de Medicina*. Rio de Janeiro, v. 68, p. 19-25, 2011.

SALTO, M. C. E. **O psicólogo no contexto hospitalar**: Uma visão psicodramática. p.2, S/D.Disponível em:http://www.febrap.org.br/pdf/Psicologo_no_Contexto_Hospitalar.pdf. Acesso em: 30 Setembro 2014

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

