

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**MARINARA ROCHI**

**A RELEVÂNCIA DO APOIO PSICOLÓGICO PARA FAMILIARES DAS  
PESSOAS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**CRICIÚMA  
2020**

**MARINARA ROCHI**

**A RELEVÂNCIA DO APOIO PSICOLÓGICO PARA FAMILIARES DAS  
PESSOAS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado para obtenção do grau de  
Bacharel em Psicologia na Universidade do  
Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof. Esp. Fernanda de Souza  
Fernandes.

**CRICIÚMA**

**2020**

**MARINARA ROCHI**

**A RELEVÂNCIA DO APOIO PSICOLÓGICO PARA FAMILIARES DAS  
PESSOAS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado pela banca examinadora para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia na Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Cuidados Paliativos e familiares.

Criciúma, 06 de agosto de 2020

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Fernanda de Souza Fernandes – Msc (Unesc) – Orientador

Psicóloga Heloísa Helena Cassal Beirão – Esp (Unesc)

Prof. Elenice de Freitas Sais – Msc (Unesc)

**Este trabalho dedico a minha família que sempre me deu apoio, teve paciência e**

**me auxiliou quando foi preciso.**

### **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por me dar saúde para que conseguisse concluir o curso de Psicologia.

A Universidade do Extremo Sul Catarinense, coordenadores do curso, professores que com toda a certeza impulsionaram para a chegada até aqui.

Agradeço também a minha orientadora Fernanda de Souza Fernandes, por todas as orientações, suporte e por ter paciência para que pudéssemos obter conclusão com êxito.

A minha família por todo o suporte, amor e apoio. E também aos meus amigos que puderam fazer parte da minha formação, muito obrigada a todos.

**“Ao cuidar de você no final da vida, quero que sinta que me importo pelo fato de você ser você.”**

**Cicely Saunders.**

## RESUMO

Os cuidados paliativos visam proporcionar uma melhor qualidade de vida e alívio da dor para o paciente que está em sofrimento. Porém além do paciente a psicologia possui um olhar voltado também aos familiares e cuidadores principais. Objetivou-se perceber como são realizados os acompanhamentos psicológicos para familiares e cuidadores de pessoas em cuidados paliativos. O método utilizado foi pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa com base na abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada a partir da revisão bibliográfica do tipo narrativa, tendo com base teórica livros, artigos científicos e sites. Para demonstrar os resultados utilizou-se de uma tabela onde constam os artigos encontrados e algumas informações como: título, ano de publicação, autor, metodologia e resultados. Concluindo que a psicologia é de extrema importância para dar apoio aos familiares e cuidadores de pessoas em cuidados paliativos para oferecer suporte e acolhimentos a eles e aos pacientes.

**Palavras-chaves:** cuidados paliativos, familiares e cuidadores principais, apoio psicológico, psicologia.

**LISTA DE TABELAS**

<b>Gráfico 1 - Origem dos trabalhos apresentados.....</b>	<b>38</b>
<b>Tabela 1 - Artigos selecionados de acordo com título, nome dos autores, ano, metodologia e resultados.....</b>	<b>39</b>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
Hipóteses .....	11
Objetivo Geral.....	11
Objetivos Específicos .....	11
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Cuidados Paliativos .....</b>	<b>12</b>
2.1.1 Cuidados Paliativos no Brasil e na América .....	14
<b>2.2 Doenças crônicas que sugerem cuidados paliativos .....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Crianças e idosos em Cuidados Paliativos.....</b>	<b>19</b>
<b>2.4 Principais intervenções da Psicologia .....</b>	<b>21</b>
2.4.1 O poder da escuta .....	23
<b>2.6 Sofrimento psicológico associado ao cuidado .....</b>	<b>27</b>
<b>2.7 O processo de morrer .....</b>	<b>28</b>
<b>2.8 Luto no contexto de cuidados paliativos .....</b>	<b>31</b>
2.8.1 Luto Antecipatório dos familiares em cuidados paliativos .....	33
2.8.2 O luto pela ausência do ente querido.....	33
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>35</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	35
3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	37
3.3 ANÁLISE DOS DADOS .....	38
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>43</b>
5.1 CUIDADO AOS CUIDADORES FAMILIARES E PSICOLOGIA .....	43
5.2 PROCEDIMENTOS E PROTOCOLOS UTILIZADOS PELA PSICOLOGIA.....	44
5.3 SITUAÇÕES RECORRENTES DURANTE O ACOMPANHAMENTO DE CUIDADORES E FAMILIARES DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS ....	45
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>46</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>47</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A motivação para abordar a temática sobre cuidados paliativos e familiares construíram-se por observações realizadas com o passar do tempo onde se pode considerar o sofrimento da família do paciente diante da sua doença, que envolve uma série de mudanças em seus cotidianos, para que se possa pensar não somente no paciente, mas na família que necessita de acolhimento.

Para Pessini, Bertachini (2006) ONU (2012) a Organização Mundial da Saúde (2002), os cuidados paliativos são a assistência promovida pela equipe multidisciplinar que tem como objetivo a melhoria na qualidade de vida para o paciente e seus familiares, por conta de uma doença que ameaça sua vida diante da identificação precoce, alívio da dor, sofrimento, sintomas físicos, psicológicos e espirituais.

E segundo Othero (2010) os Serviços Brasileiros de Cuidados Paliativos podem identificar que para qualquer assistência em cuidados paliativos devem ser garantidos, o controle impecável da dor e outros sintomas, assim como a prevenção de agravos, conforto, independência, autonomia e apoio a família e cuidadores (apud GOMES; OTHERO, 2016).

Outra instituição é o Instituto Nacional do Câncer no Brasil (que se iniciou em 1930 devido ao aumento da mortalidade por doenças crônicas-degenerativas) e tem como objetivo oferecer suporte para quem possui doenças incuráveis e seus familiares que precisam de cuidados específicos e nem sempre são atendidos por serviços de saúde que não possuem especialidades nesta área (KRUZE et.al.2007).

Para os autores Maneguim e Ribeiro (2016) em sua pesquisa qualitativa, puderam identificar as dificuldades encontradas pelos cuidadores familiares tais como: a falta de apoio, de materiais, questões financeiras, recursos humanos e o despreparo dos mesmos para lidar com a morte. Em cuidados paliativos para garantir o conforto e a possibilidade de os pacientes estarem mais presentes com a família é possível fazer o acompanhamento a domicílio e de acordo com Oliveira et.al (2017) esse cuidado pode ser benéfico ao paciente minimizando o sofrimento e garantindo o acolhimento.

Já De Lima e Machado (2018) nos trazem a percepção sobre as reações e sentimentos que os cuidadores familiares demonstraram mesmo estando esgotados físico e mentalmente tinham o desejo de permanecer ao lado do paciente até a sua partida. Para os mesmos a comunicação com a equipe é fundamental para que esses cuidadores possam ir elaborando a ideia da possibilidade da morte iminente do seu ente querido.

Corroborando Coelho e Ferreira (2015) buscam entender a subjetividade do cuidador que está em sofrimento pela dor do outro e olhar para quem cuida tentando compreender como esses indivíduos enfrentam esta dor.

Este trabalho teve como direcionamento a questão de como acontece o acompanhamento psicológico para familiares de pessoas em cuidados paliativos, desta forma a partir dos dados que serão apresentados pode-se observar a importância deste acompanhamento, pois os familiares necessitam de apoio pelo fato de ter relação com o adoecimento, a dedicação, desgaste físico, emocional, social e econômico.

Em síntese busca-se olhar pra quem cuida, aquele que permaneceu nos momentos mais difíceis e o indivíduo que modificou completamente sua rotina para poder oferecer atenção e conforto a quem ama e está necessitando em um momento tão delicado. O cuidador é aquele que deixa sua dor de lado para cuidar da dor do outro, quem se faz forte para seguir em frente. Desta forma a questão que impulsionou esta pesquisa é buscar compreender: Como acontece o acompanhamento psicológico para familiares de pessoas em cuidados paliativos?

A psicologia em cuidados paliativos possui um olhar sistêmico, pois busca oferecer atenção e acolhimento para toda a família.

De acordo com Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2007); Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2008); Juver (2007), tendo como referencia a filosofia dos Cuidados Paliativos, as práticas do Psicólogo são: controlar a dor e sintomas estressantes; oferecer apoio aos familiares e auxiliar na elaboração da morte como processo natural; oferecer suporte para que o paciente seja o mais ativo possível, mantendo sua autonomia; unir os aspectos clínicos, psicológicos, sociais, familiares e espirituais; focar

sempre na melhora da qualidade de vida (apud FERREIRA, LOPES, DE MELO 2011).

E segundo Kohlsdorf (2010); Rezende et. al, (2010); Rodrigues e Zago, (2009) Manter sempre uma boa comunicação com toda a equipe multiprofissional e paciente, oferecendo a ele as informações necessárias sobre seu tratamento e cuidados, esses aspectos também são parte do suporte a família que o psicólogo oferece, sabendo que a falta de informação é um dos maiores desencadeantes de estresse e ansiedade tanto na família quanto no paciente (apud FERREIRA, LOPES, DE MELO 2011).

### Hipóteses

- Atualmente serviços que oferecem apoio psicológico para familiares de pessoas em cuidados paliativos no Brasil são mais comuns nas grandes cidades;
- Os cuidadores podem adquirir determinados transtornos por conta da sobrecarga que é cuidar de alguém que está se encaminhando para o fim da vida, como ansiedade e depressão.
- Os procedimentos e protocolos utilizados pela Psicologia nos cuidados paliativos ainda se encontram em desenvolvimento.

### Objetivo Geral

- Compreender como acontece o acompanhamento psicológico para familiares de pessoas em cuidados paliativos.

### Objetivos Específicos

- Saber sobre os serviços que atualmente disponibilizam acompanhamento psicológico para esses familiares no Brasil;
- Identificar quais são os procedimentos e protocolos que a psicologia utiliza.
- Conhecer quais as situações mais recorrentes durante o acompanhamento de familiares de pessoas em cuidados paliativos.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Cuidados Paliativos

Para Pessini (2006) o termo paliativo deriva do vocábulo latino *pallium*, que significa manta ou coberta, expressando como forma de proteção, porém tendo como foco controlar a doença, não curá-la, podendo oferecer ao paciente autonomia quanto ao curso de seu tratamento (apud MELO, VALERO, MENEZES, 2013). Segundo Matsumoto (2012) os cuidados paliativos são serviços prestados a pessoa com alguma doença grave, que ameace a continuidade da vida e tem como objetivo a promoção da qualidade de vida do paciente e dos familiares através do alívio do sofrimento, da dor e outros sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (apud GOMES, OTHERO 2016).

De acordo com Meihy (2007) Esses cuidados são modalidades de intervenções onde o foco é a pessoa doente, com o objetivo de proporcionar o alívio de seus sintomas adversos sabendo que são comuns às doenças incuráveis e progressivas, desta forma busca-se garantir o menor desconforto possível e proporcionar a mais digna qualidade de vida ao paciente e seus familiares (apud COELHO, FERREIRA, 2015). Para Rodrigues (2004) esses processos em cuidados paliativos incluem:

- Confirmar a importância da vida e ter um olhar para a morte de forma natural;
- Não acelerar a chegada da morte e nem prolongá-la desnecessariamente;
- Alívio da dor;
- Ter um sistema de apoio familiar, para que a família possa ter o enfrentamento da doença e também do luto (apud HERMES, LAMARCA, 2013).

Tais cuidados englobam um amplo programa interdisciplinar de assistência aos pacientes com doenças avançadas, buscando aliviar seus sintomas mais estressantes. Esses cuidados não devem ser considerados apenas como uma alternativa após a ineficácia do tratamento curativo, mas um conjunto de cuidados prestados ao paciente, desde o início de sua terapêutica, utilizando-se de uma

abordagem especializada para ajudar a pessoa a viver melhor e favorecer todo e qualquer tratamento que promova qualidade de vida até o momento de sua morte (DE VASCONCELOS et.al, 2013).

Como pode salientar Maciel (2008) a abordagem paliativa volta-se ao ser humano e as necessidades de intervenções, esta pratica é interprofissional sendo assim a equipe é formada por: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e algum membro espiritual/ religioso caso seja a vontade do paciente e de sua escolha (apud GOMES, OTHERO, 2016). Segundo De Vasconcelos et.al, (2013) cabe a esses profissionais:

- Estar presente de maneira plena;
- Ouvir com atenção;
- Levar em conta queixas e inquietações;
- Auxiliar no que for necessário. Agindo dessa forma o profissional estará cuidando de forma humanizada e solidária.

Conforme Wittmann, Goldim (2012) para os profissionais que desempenham esse papel nos cuidados paliativos devem seguir a filosofia dos princípios éticos, onde valorizam a autonomia, respeito e dignidade humana sendo os pontos fundamentais para quem se dedica a trabalhar no âmbito da saúde. O princípio da autonomia refere-se ao direito do indivíduo de tomar suas decisões nos assuntos que afetam sua saúde, vida, integridade, relações sociais, de acordo com suas crenças e valores. É um dos princípios básicos que dá a pessoa o direito de se posicionar a seu respeito. Em caso de doença essa autonomia dá-se ao modo como os profissionais irão agir em determinadas situações, por conta disso a comunicação entre paciente e equipe é fundamental para que de fato, faça-se a vontade do paciente, caso seja possível e necessária (apud DE VASCONCELOS et.al, 2013).

Segundo Delalibera et.al, (2015) inicialmente os cuidados paliativos eram apenas para pacientes com câncer, atualmente também puderam ser contemplados pacientes com doenças crônicas, progressivas e degenerativas, que também não respondem ao processo de cura, mas podem ser garantidas uma melhora nos alívios de seus sintomas.

Complementando Carvalho e Persons (2012) certificam que o cuidado paliativo não é baseado em protocolos, mas em princípios. O termo “terminalidade” é modificado por “doença que ameaça a vida”. Não se fala mais sobre a “impossibilidade de cura” para que não haja a impressão de que “não há mais nada a fazer”, é uma abordagem que inclui a espiritualidade e não esquecendo a família (apud SANTOS, 2017).

### **2.1.1 Cuidados Paliativos no Brasil e na América**

De acordo com Du Boulay (2007) os Cuidados Paliativos emergiram como prática de uma área de atenção em saúde de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica, assistente social e enfermeira Cicely Saunders, seu trabalho deu início ao movimento dos cuidados paliativos, que inclui a assistência, o ensino e a pesquisa.

Em Londres no ano de 1967 Cicely Saunders criou o St. Christophers Hospice (Hospital de Cuidados Paliativos da Inglaterra) com o objetivo de de oferecer serviço integral ao paciente e foi um marco em sua trajetória (apud GOMES, OTHERO, 2016).

Matsumoto (2012) relata que nos anos depois em 1970, esse movimento foi trazido para a América através da psiquiatra suíça Elisabeth Kubler-Ross, que teve contato com os trabalhos de Cicely.

Entre 1974 e 1975, foi criado um *hospice* em Connecticut (Estados Unidos), assim, esse movimento disseminou-se, passando a compor os cuidados a indivíduos fora de possibilidade de cura, em diversos países.

Os Cuidados Paliativos são uma forma inovadora de assistência na área da saúde e tem ganhado espaço no Brasil nos últimos tempos. Difere-se da medicina curativa por ter o foco no cuidado integral, por meio da prevenção e do controle de sintomas, para aqueles pacientes que possuem doenças graves. Essa prática esta em evolução de forma exponencial tendo relação com a visão diferenciada ao paciente e toda sua complexidade além da doença (apud GOMES, OTHERO, 2016).

Complementa-se que no Brasil a prática dos cuidados paliativos é emergente desde o final de 1990. Foram realizados encontros em São Paulo pelo Hospital Premier, em 2012 e 2014, para identificar os serviços no país, são 68 serviços, metade pública em São Paulo e atendimentos ambulatoriais onde são atendidos adultos e idosos (GOMES, OTHERO, 2016).

Peixoto (2004) citado por Hermes e Lamarca (2013) apresentam que no Brasil os cuidados paliativos são recentes, tiveram início em 1980, seu pioneiro foi o Rio Grande do Sul (1983), em seguida São Paulo com a Santa Casa de Misericórdia (1986) e após Santa Catarina e Paraná.

Podemos destacar o Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde de 1998, localizado no Rio de Janeiro (KRUZE et.al, 2007).

Em 1997 a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) foi criada, por profissionais interessados e para a divulgação do assunto.

Em 2005 foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Para os paliativistas essa academia é um marco para a medicina, ela foi fundada com o intuito de contribuir com a pesquisa, ensino e melhoria desses cuidados no Brasil (HERMES, LAMARCA, 2013).

E com o passar dos anos pode-se perceber através de estudos que a expectativa de vida do brasileiro vem aumentando e com esse aumento também crescem o número de pessoas que podem necessitar desse tipo de intervenção de saúde.

Entretanto, junto com o prolongamento da vida, os profissionais de saúde começaram a perceber que mesmo não havendo cura, há uma possibilidade de atendimento, com ênfase na qualidade de vida e cuidados aos pacientes, por meio da assistência interdisciplinar, e da abordagem aos familiares que compartilham desse processo e do momento final da vida – cuidados paliativos (HERMES, LAMARCA, 2013).

Para Figueiredo (2005) ainda que de forma lenta, podemos destacar que possui um crescimento significativo dos cuidados paliativos no Brasil. Há um déficit desse assunto nos centros de estudos o que deveria haver mais matérias com essa temática em suas grades curriculares, em muitos casos a experiência se dá na prática, dificultando o trabalho da equipe (apud HERMES, LAMARCA, 2013).

De maneira geral, torna-se necessário explicar mais sobre o tema, precisa-se ampliar essa questão da morte e seus cuidados, não apenas com profissionais da saúde, mas também na conscientização da população em geral para que isso deixe de ser um tabu, que podendo ser conversado de forma aberta e natural, mesmo que vagorosamente estamos caminhando para que isso de fato aconteça (HERMES, LAMARCA, 2013).

## 2.2 Doenças crônicas que sugerem cuidados paliativos

Quando trata-se de cuidados paliativos muitas pessoas associam esse termo diretamente ao câncer, e passaram a ser vistos como uma assistência ao paciente oncológico, já em 2002, este conceito foi ampliado, incluindo outras doenças como AIDS, doenças neurológicas, renais, cardíacas e degenerativas (GOMES, OTHERO, 2016). Podemos especificar algumas delas:

1. **AIDS:** Este tipo de assistência pode ser adaptada aos cuidados das pessoas com Aids, pois juntamente com outros tratamentos visa a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. O HIV/Aids é uma doença grave, incurável e progressiva, podendo levar o indivíduo a morte.

Vale salientar que os cuidados paliativos ofertados ao paciente com HIV/Aids adotam os mesmos fundamentos básicos sugeridos pela OMS, em que se destacam a afirmação da vida e o reconhecimento da morte como um processo natural; a promoção do alívio da dor e outros sintomas; a integração entre as necessidades espirituais e psicológicas no cuidado dispensado ao paciente em fase de terminal; a implementação de suporte aos familiares durante o processo da doença, da morte e do luto (DE VASCONCELOS, et.al.2013).

Essa assistência pode ser adaptada aos cuidados dos pacientes com Aids, pois os cuidados paliativos em conjunto com outros tratamentos, visa a melhoraria na qualidade de vida, com equilíbrio entre os aspectos psíquicos, físicos, sociais e espirituais (DE VASCONCELOS, et.al, 2013).

2. **Doenças Neurológicas:** Muitas doenças neurológicas não tem cura. Pacientes neurológicos terminais apresentam uma diversidade de sintomas: dor, fadiga, distúrbio do sono, depressão, convulsões, alterações comportamentais, cognitivas e de comunicação.

Esses pacientes utilizam um suporte diferenciado de cuidados paliativos não os mesmos de pacientes oncológicos, pois eles não suprem as suas necessidades (BOESMA et.al, 2014 apud SCAVASINE 2016).

Enquanto a equipe neurológica assegura a prática clínica baseada em evidências, a equipe de cuidados paliativos é responsável por engajar a

família nas decisões, garantir o *timing* correto das intervenções e trabalhar com a complexidade e o reconhecimento da terminalidade. Também compete a ela abordar questões como grau de investimento, reanimação e doação de órgãos (SCAVASINE,2016).

3. **Renais:** O cuidado paliativo oferecido aos pacientes com doença renal avançada independente da modalidade de tratamento é para oferecer mais conforto, esses cuidados incluem controle da dor, atendimento psicológico e apoio espiritual e social. O psicólogo trata de questões provenientes ao adoecimento, enfrentamento e apoio familiar (GOMN, 2009 apud SANTOS 2017).

Conforme Gomn et al., (2009) os cuidados no fim da vida em doença renal avançada engloba todo o cuidado que o indivíduo necessitará a um determinado tempo, não sabendo quanto, podendo ser algumas semanas ou anos nesse processo (apud SANTOS, 2017).

4. **Cardíacas:** As doenças cardíacas quando se tornam crônicas possuem um alto índice de mortalidade e também uma má qualidade de vida. Quando sua doença está avançada os pacientes podem se beneficiar do que os cuidados paliativos oferecem (SOLANO, GOMES, HIGGINSON, 2006. WORLD HEART ORGANIZATION 2014 apud SILVA et.al. 2019).

De acordo com Krug et.al, (2010) pode-se enfatizar que os cuidados paliativos que são oferecidos aos outros pacientes não oncológicos são os mesmos sugeridos pela OMS, que reconhecem a morte como um processo natural, promover o alívio da dor e sintomas adversos, e suporte aos familiares durante e após o processo (apud DE VASCONCELOS, et.al,2013).

### 2.3 Crianças e idosos em Cuidados Paliativos

Conforme Da Silva et.al. (2015) O câncer e as doenças que podem necessitar dos cuidados paliativos acometem pessoas de todas as idades sejam elas crianças, adultos ou idosos, em alguns casos como no das crianças o processo tende a ser mais complicado, tanto para a família quanto a equipe.

- Crianças:

Os profissionais utilizam do diálogo, para que as crianças compreendam que possuem apoio profissional e familiar para o enfrentamento de questões cotidianas, demonstrando compreensão, desta forma podendo considerar os profissionais que a acompanham como companheiros de trajetória.

Faz-se necessário demonstrar apoio, quando a família é comunicada que a criança deve iniciar os cuidados paliativos por não ter possibilidade de cura é um momento extremamente doloroso para todos, a equipe oferece apoio, acolhimento e informações, é o início de uma jornada onde necessitam ter a compreensão da vida e morte, e buscar o enfrentamento de toda a situação da morte (DA SILVA, et. al, 2015).

Em geral o cuidado paliativo em criança tende a ser mais complicado, a família não compreende o porquê esse tipo de tratamento com alguém tão jovem, que está em sofrimento e passando por práticas de fim da vida, gerando revolta e não aceitação em um primeiro momento (DA SILVA, et. al, 2015).

Segundo Campos et.al. (2020) O luto pela perda de um filho é de longo prazo, complexo e abala profundamente os pais, podendo aparecer questões depressivas e necessitar de medicalização. A morte de um filho está entre as piores perdas, os pais necessitam de força para se reestruturar e conseguir dar continuidade em suas vidas, saliento aqui a figura da mãe, que no geral é vista como a protetora, a que alimenta, que cuida e que durante a doença se sente impossibilitada de ajudar o seu filho, gerando frustrações, além dos sentimentos de perda, tristeza, vulnerabilidade, desta forma se torna necessário a procura de um profissional para que consiga viver melhor com essa perda que é tão significativa (CAMPOS et.al, 2020).

- Idosos:

Para Soares (2016) com o avanço da tecnologia e da medicina está havendo um prolongamento da qualidade de vida dos indivíduos e com isso as pessoas estão vivendo mais. Com aumento da população idosa também há um crescimento de pessoas que podem precisar de suporte médico. As doenças degenerativas e o câncer são bastante comuns em idosos, sendo assim podem necessitar de cuidados paliativos.

Na questão da geriatria em cuidados paliativos também são oferecidos meios para garantir que se viva da melhor forma possível, a qualidade de vida, dignidade, não podendo adiar, prolongar, apenas possibilitando que o idoso tenha o mínimo de sofrimento possível, para poder partir em paz, sabendo que foram feitos o necessário por ele.

No Brasil a Dra Ana Claudia Quintana Arantes é especialista em cuidados paliativos e geriatria, atende no Hospital das Clínicas (Albert Eisten) e na ONG Casa do Cuidar, ela busca melhorar a vida dos seus pacientes e da família. Optou pela geriatria, onde não necessariamente ela iria salvar, mas sim cuidar. É uma área pouco valorizada, pois não há mais o que fazer apenas garantir uma morte tranquila. Os pacientes querem ser vistos como pessoas e não como doentes, devemos respeitá-los e dar a eles o melhor que podemos oferecer (SOARES, 2016).

## 2.4 Principais intervenções da Psicologia

De acordo com Incontri e Santos (2007) Kovács (2008) para trabalhar a morte como um processo natural paciente e psicólogo precisam ter um vínculo de confiança e terapêutico, é necessário ao psicólogo ter empatia, trabalhar com a escuta acolhedora verbal e não verbal, dando a liberdade ao paciente de poder abrir suas questões angustiantes e outros sentimentos, assim podendo partir para a aceitação e elaboração do adoecimento. A escuta especializada garante saber quais as reais demandas do paciente (apud FERREIRA, LOPES, DE MELO, 2011).

Também podemos destacar de acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009) algumas questões que são intervenções dos psicólogos: conhecer medos e vontades do paciente; identificar quais são as necessidades dos pacientes e familiares; tratar de assuntos pendentes como: pedidos de perdão, despedidas, agradecimentos; ser facilitador da relação entre outros profissionais e familiares. Essa assistência envolve aspectos espirituais, para muitos pacientes a espiritualidade é sinônimo de conforto e suporte, onde encontram forças para aderirem ao tratamento. O psicólogo pode também auxiliar o paciente para que tenha uma vida ativa, reintegrando-o a sociedade e uma rotina mais próxima a que possuía antes do diagnóstico, dentro de suas limitações (apud FERREIRA, LOPES, DE MELO, 2011).

Segundo Comas, Schroder, Villaba (2003) Péres-Ramos (2004) ao que se refere às intervenções do Psicólogo no âmbito paliativo podemos apontar:

- Orientação aos familiares e profissionais;
- Promoção da humanização hospitalar;
- Escuta aos familiares e cuidadores;
- Avaliação diagnóstica;
- Avaliação do contexto familiar (cuidador principal);
- Trabalhar na elaboração do seu estado de saúde;
- Trabalhar luto e percepções de futuro (apud DE MELO, VALERO, MENEZES 2013).

Para Abalo (2008) Ferris et.al (2002) e Matsumoto (2009) na avaliação psicológica do paciente é necessário manter contato com a equipe multiprofissional responsável, pois, permite obter informações e dados do paciente e da família de diversas perspectivas profissionais. São utilizados instrumentos para avaliar fatores que indicam impactos emocionais, onde determinam quais os pacientes necessitam de intervenção psicológica específica e os que ainda não necessitam e também identificar a presença de possíveis transtornos psicopatológicos.

O psicólogo pode favorecer a comunicação do diagnóstico ao paciente e sua família. A escuta clínica pode auxiliar como forma de intervenção psicológica reconhecer e modificar aspectos que trazem prejuízo e geram sofrimentos ao mesmo.

Alguns protocolos que podem ser aplicados pelo psicólogo em cuidados paliativos é o Genograma e a Escala de Zarit Reduzida (FRIPP, 2012).

O papel da equipe multiprofissional, sobretudo do assistente social e psicólogo é auxiliar os familiares e pacientes com os problemas: pessoais, sociais, de incapacidade, dar apoio durante o avanço da doença e do processo de luto. Os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional são:

- Aliviar a dor física e sintomas angustiantes;
- Encarar a morte como um processo natural;
- Não apressar ou adiar a morte;
- Aproximar os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente;
- Oferecer apoio para a família;
- Atender as necessidades dos pacientes e suas famílias;
- Melhorar a qualidade de vida (apud DE MELO, VALERO, MENEZES, 2013).

De acordo Abalo (2008) Ferris et al. (2002) Matsumoto (2009) os métodos de intervenção do Psicólogo diante dos pacientes que necessitam de cuidados paliativos não são especificamente palpáveis, ele se faz presente para

auxiliá-los perante o sofrimento. Um dos métodos de intervenção do psicólogo é o acolhimento (apud DE MELO, VALERO, MENEZES, 2013).

Segundo Coelho e Ferreira (2015), a conversa com um profissional qualificado tende a proporcionar alívio, sensação de acolhida e é terapêutica. O ato de se expressar causa efeitos benéficos aos pacientes. Escutar indivíduos que possuem a necessidade de serem ouvidos, de uma forma qualificada pode trazer diversos benefícios e auxiliar na elaboração da doença, mostra aos pacientes que eles não estão sozinhos, demonstra amparo e proteção (COELHO, FERREIRA, 2015).

Em concordância para Santos (2017) além da escuta qualificada o psicólogo trabalhará as questões do adoecimento, morte, luto, buscando estimular o enfrentamento oferecendo apoio familiar e social.

Muito mais do que uma medida cotidiana a comunicação é vista como terapêutica, junto com as informações que são dadas, a dimensão emocional e o afeto são maneiras de criar e fortalecer o vínculo, tendo os sentimentos de segurança e empatia (SANTOS, 2017).

Como afirma Londero et.al. (2015) para garantir um bom esclarecimento existem reuniões que são feitas com as famílias e tem como objetivo criar um espaço de diálogo onde são abordadas diversas questões: diagnósticas, mudanças de prognósticos e alguns ajustes. Isso também auxilia no entendimento das informações, trabalhar sentimentos do adoecimento, tratamento, prognóstico e internação.

Com a clareza das informações, podem-se construir relações de confiança que tende a facilitar o processo de tratamento, abrindo espaço para a elaboração e tendo contribuição para as vivencias do luto antecipatório e o luto após o óbito do paciente (LONDERO et.al, 2015).

#### **2.4.1 O poder da escuta**

Conforme Coelho e Ferreira (2015) chega um momento que as dores intensas são aliviadas por medicamentos, porém os sofrimentos da alma não podem ser amenizados. Diante disso os familiares ficam em um impasse de

querer que o paciente não sofra mais e só encontram solução na morte, mas também não querem que ele se despeça.

Nesses momentos a comunicação de toda a equipe com a família é de extrema importância para o processo, é o momento de acolher o sofrimento (COELHO, FERREIRA, 2015).

Para Londero et.al. (2015) é de extrema importância sempre assegurar o direito do paciente a compreensão do que acontece em seu corpo diante do adoecimento, com clareza nas informações e recebendo suporte para que possa elaborar o que é comunicado.

Nos cuidados paliativos o fim da vida é uma certeza, porém não sabemos quando irá acontecer, portanto já nos preparamos para quando de fato ocorrer, toda a equipe poder disponibilizar apoio aos familiares, porém um psicólogo fará todo o manejo e acompanhamento necessário nesse momento.

Já que para os psicólogos a prática da escuta faz parte do seu cotidiano nas diversas áreas que podem atuar, o psicólogo hospitalar também utiliza dessa ferramenta, tem a função de escutar, acolher e confortar tanto os pacientes quanto as famílias (LONDERO et.al, 2015).

## **2.5 Papel da Psicologia no cuidado a família de pessoas em cuidados paliativos**

De acordo com De Melo, Valero, Menezes (2013) o paliativismo prioriza a aceitação da condição humana frente à morte, disponibilizando ao paciente onde não há possibilidade de cura, seus familiares e amigos, as condições necessárias ao entendimento de sua finitude, a morte não é uma doença a ser curada, mas sim o fim de um ciclo. Assim, as práticas do fim da vida devem dar prioridade ao interesse do paciente, seus sentimentos, os desejos de seus familiares e a melhor comunicação entre todos os envolvidos no processo.

O apoio psicossocial no período de fim de vida é de extrema importância para o auxílio do enfrentamento no contato com a finitude humana. Pacientes com doenças sem possibilidades de cura experienciam diversas perdas no decorrer do tratamento, além de sofrerem com os efeitos colaterais que geram desconfortos e frustrações, ainda, afetam o humor e a capacidade do paciente em lidar adequadamente com determinadas situações (OLIVEIRA et. al, 2017).

A atenção paliativa pode ser oferecida na casa do paciente ou em ambientes destinados a serviços relacionados a fase final da vida, tornando o processo de morte mais confortável e menos doloroso. Para pacientes terminais, a decisão de onde ele vai passar seus últimos dias deve ser feita em conjunto com a família, considerando a possibilidade de apoio, como a estrutura domiciliar, familiar e do cuidador (MANEGUIM, RIBEIRO, 2016).

Segundo Comas et al. (2003) em relação ao contexto familiar que inclui o cuidador principal, deve-se verificar se há resposta emocional alterada depressiva ou ansiosa, se há perdas recentes (mortes ou mudanças importantes e significativas), existência de transtornos emocionais e a necessidade de tratamento. Também verificar se o paciente possui apoio afetivo e tem pendências para resolver, podendo ser falar ou perdoar alguém, algum último desejo, entre outras vontades que o paciente possa ter (apud DE MELO, VALERO, MENEZES, 2013).

Corroborando Sales, D'Artibale (2012) e Schramm (2008) a condição terminal gera ansiedades, angústias e medos nos familiares, evidenciando as

vulnerabilidades dos mesmos, a família tende a mudar suas rotinas para encaixar o cuidado que o paciente necessita, assim vai surgindo o cuidador principal, que é quem auxilia e tem o contato diário ao paciente, geralmente é algum familiar (apud DE LIMA, MACHADO, 2018).

Conforme Bicalho, Lacerda e Catafesta (2008) esse papel traz diversas mudanças na vida desse indivíduo, que precisa mudar sua rotina para incluir a realidade da doença no seu cotidiano, essa sobrecarga gera estresse e desgaste podendo ser prejudicial para sua qualidade de vida, por conta disso necessita-se de um olhar atento e principalmente quando a morte do paciente se aproxima, pois pode ser traumatizante (apud DE LIMA, MACHADO, 2018).

Para De Lima e Machado (2018) quando algum membro da família está no fim da vida e necessitando de cuidados, muitos familiares enfrentam como se a família também estivesse morrendo, passam por um processo de luto, imaginando como será a vida dos que ficarem e após o óbito do sujeito iniciam uma nova fase.

No momento em que se comunica que a morte do paciente está próxima, alguns familiares tendem a esperar por isso, muitos relatam que preferiam acabar logo com o sofrimento. Essa situação deve ser uma das mais angustiantes para a família, pois se torna cansativo e doloroso.

Mesmo com toda exaustão muitos cuidadores querem ficar ao lado até o último momento, como forma de fechamento, de dever cumprido (DE LIMA, MACHADO, 2018).

Ainda que a doença acometa o paciente, a família é permeada por sentimentos de impotência com o diagnóstico do câncer ou outras doenças que ameacem a vida, o desespero toma conta dos familiares sendo de extrema importância trabalhar juntamente a eles questões da perda, oferecendo o que for necessário para auxiliá-los (DA SILVA, et.al, 2015). Além dos familiares também é importante ter um olhar especializado para toda a equipe que está acompanhando o paciente, é cansativo e muitas vezes os profissionais se veem impossibilitados de impedir a evolução da doença. A equipe multiprofissional deve estar melhor instruída para trabalhar nesses casos e também fortalecida nas instituições hospitalares (CARDOSO, et.al, 2015).

## 2.6 Sofrimento dos familiares e cuidadores associado ao cuidado

Segundo Schramm (2008) quando alguém adoece e necessita de cuidados especiais, é necessário que uma pessoa fique responsável por auxiliá-la no que for preciso, denominamos de cuidador principal, muitas vezes é um familiar podendo ser, mãe/pai, esposa/esposo, filha/filho ou qualquer outro que está disposto a cuidar, mudar sua rotina e estar a maior parte do tempo a disposição do paciente. É uma tarefa difícil, dolorosa e cansativa, tem a consciência de que não possui a possibilidade de cura e está cuidando pois o ama, essa condição pode levar anos e o cuidador vai se angustiando e sobrecarregando por conta do sentimento de impotência.

Assim o cuidador principal também pode ir adquirindo algumas doenças ao longo do tempo. Alguns transtornos podem ser comuns: ansiedades, depressão, distúrbios do sono e alimentar, entre outras, elas podem afetar significativamente a vida de uma pessoa, podendo se não tratadas se modificarem em algo maior como Transtornos de ansiedade em geral, de traços depressivos a até depressão grave, insônias frequentes e obesidade ou anorexia (apud DE LIMA, MACHADO, 2018).

Para De Lima e Machado (2018) mesmo assim os cuidadores tendem a ignorar seus sintomas para continuar a cuidar do outro, dar o melhor tratamento possível para quem mais precisa. Por conta disso a equipe precisa estar atenta aos sinais também de quem cuida, pois cada vez mais há doenças associadas, por cuidar mais do outro.

A tarefa do cuidador principal é muito especial, pois está cuidando de alguém que não terá uma melhora, então se deve cada vez mais valoriza-los e ter um olhar para auxilia-los também, pois a força que eles possuem bastante significativa para suportar essa sobrecarga e sofrimento diariamente (DE LIMA, MACHADO, 2018).

## 2.7 O processo de morrer

De acordo com Hermes e Lamarca (2013) O tema morte sempre gera incômodo nas pessoas, ela ainda é um tabu e não é reconhecido como um processo natural em que todos um dia irão passar, porém isso vem se modificando com o passar do tempo, precisamos falar mais sobre a morte para que ela não seja tão dolorosa e não cause tanto sofrimento para quem fica.

Para Ariès (1981) a morte na idade média era natural e justa, quando se tinha conhecimento que o indivíduo iria morrer era importante que todos estivessem presentes amigos, familiares e as crianças, podendo fazer um ritual do perdão e assim estaria digno para morrer. Porém o tempo passou e começou-se a refletir mais na morte do outro, a família estava se tornando mais afetuosa e assim era mais difícil deixar partir seus entes queridos, a morte era vista como algo que arrancava o sujeito de seu seio familiar.

No Ocidente a morte era vista como um rompimento de afeto e união, gerando sofrimento e melancolia a quem perdia alguém, foi quando as pessoas começaram a ter mais pesar sobre a morte, algo que não era justo, e começou também a olhar para a falta que essa pessoa fazia na vida de quem ficou e dessa forma se deu ênfase ao luto, que é o processo em que se lamenta por um tempo a quem se foi. No século XX, a morte passou a ser mais discreto, eram feitos rituais (velório, enterro, cremação) mais rapidamente, e o que antes passava esse processo com a família, agora passa a ser em hospitais que eram vistos como locais mais apropriados, como se fosse algo mais camuflado, a pessoa morria no hospital, era velada e já seria enterrada ou cremada (apud HERMES, LAMARCA, 2013)

De acordo com Menezes (2003) a chamada “morte moderna” consiste nisso, no fato de o que antes era “público”, possuíam várias pessoas em seu leito e agora o paciente morre em unidades de terapias intensivas, cheio de aparelhos médicos, uma morte desumanizada.

Ainda em concordância com Menezes (2003) com a modernização foram criados recursos de manutenção a vida para que os pacientes possam ter o melhor atendimento nos hospitais, tendo os aparelhos necessários para auxiliar

nos procedimentos como: desfibriladores, monitores das funções corporais, aparelhos de diálise, entre outros e ainda as questões estruturais que também tiveram modificações para garantir o conforto aos pacientes e seus familiares que necessitam estar sempre nos hospitais para cuidar e acompanhá-lo no processo, assim, desta forma que os profissionais da saúde podem garantir de alguma forma o bem estar de quem precisa nesse momento tão difícil e cansativo para todos.

E pensando na questão da humanização, em Cuidados Paliativos o paciente pode receber suporte em casa, com a família, onde quando chegar sua hora morrerá de forma humanizada e não em hospitais com diversos aparelhos ao seu redor, isso garante mais conforto e acolhimento para ele, podendo passar seus últimos momentos em seu lar (apud HERMES, LAMARCA, 2013).

A Medicina Paliativa não tem pretensão de curar, mas busca proporcionar conforto e controle dos sintomas nos aspectos físicos, emocionais, sociais, espirituais do paciente e seus familiares (HERMES, LAMARCA, 2013).

De acordo com a psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross após o diagnóstico até a fase terminal o paciente tende a passar por cinco fases: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Os familiares também podem passar por fases semelhantes a essas.

1. **NEGAÇÃO:** quando procura-se outros profissionais para dar outras opiniões e prognósticos, a não aceitação leva a questionar se o diagnóstico realmente está correto. É uma forma de defesa, até a pessoa poder assimilar essa informação que causa dor e sofrimento.
2. **RAIVA:** em muitos casos tenta se identificar um culpado, ou o médico que realizou o diagnóstico, a equipe que está cuidando e em alguns também questionam Deus, pois “deixou” que o familiar adoecesse.
3. **BARGANHA:** é a tentativa de negociação, no geral, quem possui alguma fé tenta ser recompensada por ter sido uma boa pessoa ou promete melhorar se aumentar seu tempo de vida, é um apelo ou até algo do tipo “se tudo isso acabar serei mais amorosa com meu familiar”. Prometem algo para ter

algum benefício da doença, uma melhora, aumento do tempo de vida, entre outras.

4. **DEPRESSÃO:** quando se está no fim da vida é normal que a depressão apareça, por deixar as pessoas que ama e/ou uma forma de ir se preparando para quando partir. É a aceitação de partida, quando o paciente necessita apenas de acolhimento.
5. **ACEITAÇÃO:** é quando realmente se aceita os fatos, cada vez mais o indivíduo vai se desligando de algumas coisas e se despedindo dos seus entes queridos.

Entretanto nem todas as pessoas conseguem passar por todas essas fases, alguns chegam ao fim sem ter aceitado e compreendido o processo da morte. Essas fases não são lineares e podem se repetir.

A família vai passando por fases muito semelhantes, e a mais difícil para eles é quando o paciente chega na aceitação, pelo fato de que alguns já vão querendo ir se separando, desfazendo vínculos, isso pode gerar um sofrimento, pois demonstra que aos poucos vai chegando a hora em que não poderão mais estar juntos em vida (COELHO, FERREIRA, 2015).

## 2.8 Luto no contexto de cuidados paliativos

Conforme Coelho e Ferreira (2015) acompanhar quem está em estágio terminal pode ser muito doloroso para aquele que está encarregado do cuidado, podendo fazer alguns questionamentos sobre a própria vida.

Conforme Ramos (2016) o luto de forma geral é o que sentimos com a perda de algo ou alguém, existem diversas formas de luto, porém a mais conhecida e a que iremos abordar aqui é o após a morte de um membro da família ou uma pessoa querida, esse é definido como um conjunto de emoções que o indivíduo sente com a perda, gerando sentimentos de tristeza, saudade, dor e compaixão, podendo ser de grande ou pequena intensidade.

Normalmente é uma fase de bastante melancolia, choros, desesperos, porém depois de algum tempo isso vai ficando cada vez menos frequente. O luto não é exclusivamente em casos de morte, ele pode ser encontrado em diversas outras situações, como por exemplo, no divórcio, morte de algum animal de estimação, mudança de estado ou país, entre outros.

Reflete na falta do vínculo, não poder mais ter alguém presente, é um processo adaptativo onde necessita-se acostumar com a ausência do outro.

O processo de luto é vivenciado por cada indivíduo de maneira singular, não há um padrão, nem de intensidade e nem de duração cada um sente a sua maneira, portanto é necessário muito cuidado ao associar com transtornos, devemos levar em conta o relacionamento afetivo que essa pessoa tinha com o falecido, as crenças, idade e os contextos em que vive o enlutado.

Segundo Bowlby citado por Ramos (2016), existem 4 fases do luto que geralmente se é passada até que seja concluída, elas são:

1. Choque: quando não se reconhece a perda;
2. Protesto: é a procura pela pessoa perdida, nega-se a perda;
3. Desespero: quando se percebe que a perda é permanente;
4. Aceitação: período quando há adaptação e o enlutado retoma o seu funcionamento natural.

A elaboração do luto é uma fase onde há uma reorganização o indivíduo vai adquirindo um novo interesse pelas coisas do cotidiano, o enlutado

passa a ter somente as lembranças que foram boas e significativas e vai voltando a viver sua vida da melhor forma possível, podendo ter recaídas ao longo do tempo.

O processo de luto não é nada fácil para quem perdeu alguém, existe um espaço de tempo em que a pessoa vai ficar mais sensível e deprimida, até conseguir elaborar a perda e ir voltando as suas atividades, também podemos levar em conta os cuidadores principais, terão que se readaptar em sua nova rotina, onde não tem mais seu ente querido para fornecer auxílio, onde um misto de dever cumprido e dor se misturam podendo ser até confuso ao enlutado (RAMOS, 2016).

De acordo com o De Souza (2015), o tempo que é natural alguém ficar de luto é relativo, o que podemos diferenciar o enlutado do depressivo é a questão que a pessoa de luto possui altos e baixos, chora quando lembra, porém ri de algumas situações, consegue ter lembranças de momentos bons e com carinho, já o depressivo não possui esses momentos, somente os de melancolia, desvalia, falta de energia, entre outros (DE SOUZA, 2015).

Mesmo que o luto seja encarado como um processo natural, não quer dizer que o enlutado não necessite de um apoio para se readaptar a sua nova vida e rotina, tanto dos familiares próximos quanto das ajudas profissionais, pois podem estar passando por inseguranças, medos, frustrações e lembranças (ACIOLI, BERGAMO, 2019).

Colin Murray Parkes é um psiquiatra britânico que vem se dedicando aos estudos relacionados ao luto, iniciou seu trabalho em 1950 em parceria com John Bowlby. Para Parkes existem diversos tipos de perda que não é somente a de morte, são o desemprego, divórcio, infertilidade, entre outros. Para ele o luto é entendido como uma transição psicossocial com um impacto bastante significativo para o ser humano, é um evento traumático, que podem gerar mudanças em todo o contexto, o luto também pode desencadear problemas psiquiátricos, portanto é necessário um suporte para a prevenção e tratamento (MARCOLINO, 1999).

### **2.8.1 Luto Antecipatório dos familiares em cuidados paliativos**

Como pode afirmar Jaramillo (2006) juntamente com o paciente a família vive a dor da despedida, aos poucos nota-se que o quadro é irreversível, onde entra a elaboração do luto antecipatório, que é um processo vivido entre o diagnóstico, evolução da doença, possível perda e a morte.

Mesmo que doloroso esse luto pode modificar a despedida em um processo de fortalecimento de laços afetivos, crescimentos e ressignificações (apud MONTENEGRO, 2015).

Para Coelho e Ferreira (2015) quando a morte não ocorre inesperadamente esse processo se torna um momento de reflexão. É quando se questiona sobre o futuro que é incerto.

Se há acolhimento e o luto antecipatório é bem trabalhado suas angustias e medos vão dando espaço para a aceitação, o sentimento transforma-se e passa a ser um momento de entrega, perdão e serenidade (COELHO, FERREIRA, 2015).

A família sozinha pode não ter suporte necessário para se adaptar e assimilar bem essa situação difícil, tornando necessária a presença de algum profissional qualificado para auxiliá-los, no caso o psicólogo (MONTENEGRO, 2015).

### **2.8.2 O luto pela ausência do ente querido**

Segundo Ramos (2016) a perda de um ente querido pode ter influência na dinâmica familiar, assim a família sente a necessidade de reorganizar e redefinir papéis.

Sabendo que dependendo da posição que essa pessoa ocupava na família as atividades deverão ser distribuídas e a rotina de uma forma geral irá sofrer alterações (RAMOS, 2016).

Quando é vivenciado um rompimento de vínculo por morte, o enlutado terá dificuldades para superar de forma adequada essa perda e encontrar outras possibilidades de vínculos, podendo se tornar um luto patológico (MARINHO, MARINONIO, RODRIGUES, 2007).

Para Parkes (1998) acreditasse que o luto normal é uma forma de o corpo expressar a perda de um ente querido, é a resposta saudável de que temos a capacidade de sentir dor e pesar por algo ou alguém. Contrapondo isso temos também o luto complicado, que são sintomas físicos e mentais onde a pessoa se encontra em negação e repressão, são pressionados geralmente pelos familiares a manter o controle e não manifestar tristeza, podendo se sentirem vulneráveis e depressivos (apud BASSO, WAINER, 2011).

É um momento bastante doloroso por ter consciência que não poderá mais contar com aquela pessoa, ela não estará mais ali para ajudar, conversar, aconselhar e além da saudade, estará ausente de todas as formas.

De uma forma geral lidar com a morte não é algo simples, leva algum tempo para uma adaptação, como mencionados acima, vários pontos são modificados e além da perda há um sofrimento pela mudança na rotina, se necessário procurar auxílio psicológico que terá uma grande contribuição e ajudará a passar por essa fase com mais leveza (RAMOS, 2016).

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo foi realizado através de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa, com base na abordagem qualitativa.

A revisão narrativa é uma forma de entender a experiência humana, sendo histórias vividas ou contadas. Ela é um método de estudo e o dever de quem pesquisa será interpretar textos e assim ir criando novos.

Os dados podem ser coletados com a escrita ou oralmente, isso dependerá de qual se encaixa mais na pesquisa (SAHAGOFF, 2015).

Este tipo de pesquisa é um método de aprendizagem onde se pode pensar narrativamente e ir de acordo com a pesquisa afirmando-os ou não, através da pesquisa.

Um dos maiores objetos de estudo são as experiências, como são histórias que os indivíduos contam, as suas experiências são de grande importância para que se tenha material a ser estudado.

Segundo Sahagoff (2015) podem ser utilizados na pesquisa narrativa:

- Diários;
- Autobiografias;
- Fotografias;
- Caixa de memórias;
- História de vida;
- Relatos contados oralmente;

Ou seja, qualquer objeto que possa nos contar uma história ou que faça lembrar de algo.

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado de arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informações utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

A revisão narrativa possibilitou uma pesquisa em dez artigos científicos publicados nos últimos doze anos, aproximadamente entre os anos de 2006 e 2018.

O conhecimento científico se produz pela busca de articulações entre teoria e realidade empírica. O método tem uma função fundamental: tornar plausível a abordagem da realidade a partir de perguntas feitas pelo investigador. No campo da saúde coletiva, os métodos frequentemente usados para estudos das populações humanas são os quantitativos (mais frequente por meio da epidemiologia) e os qualitativos (mais utilizados pelas ciências sociais) (MINAYO, 2008).

A escola da análise qualitativa para a pesquisa deu-se levando em conta que o seu princípio é compreender, exercer a empatia e é necessário considerar as singularidades e subjetividades de cada indivíduo (MINAYO, 2011).

É uma ciência baseada em textos, a coleta de dados produz textos e eles são analisados e interpretados. Busca compreender fenômenos humanos, procurando uma forma de obter uma visão mais detalhada e complexa pela análise do pesquisador e se preocupa com o significado dos fenômenos e processos sociais (GUNTHER, 2006).

Este tipo de pesquisa nos possibilita levar em conta as representações, pensamentos e crenças dos indivíduos.

A pesquisa qualitativa é tudo que não é mensurável, a realidade e o indivíduo são separados e tratando-se do sujeito e sua história, leva-se em conta também sua subjetividade, não podendo ser especificados em números (DUARTE, 2018).

O método qualitativo possui fundamento teórico e permite mostrar processos sociais pouco conhecidos de grupos e auxilia na construção de novas abordagens e criação de conceitos novos durante a investigação.

É caracterizado pela empiria e compreensão do conhecimento. Se utiliza na elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores, tipologias e variáveis (MINAYO, 2008).

Segundo Minayo (2008) podemos mencionar a Pesquisa Social em Saúde, que são as questões que tem relação saúde/doença. Esse tipo de pesquisa não é necessário fazer escolhas pontuais, sendo possível o desenvolvimento de pesquisas básicas sobre temas pouco desenvolvidos, incluindo problemas estratégicos.

### 3.2 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a realização desta pesquisa, a coleta de dados foi feita a partir da revisão bibliográfica do tipo narrativa. E a pesquisa bibliográfica teve como base teórica livros, artigos científicos e sites que tinham relação com a temática proposta. Os critérios de inclusão se referem a:

- Artigos que tenham sido publicados entre os anos de 2010 a 2018.
- Trabalhos que apresentem discussões sobre a importância dos cuidados paliativos, como os CP se configuram na prática, a importância da atuação da equipe, a relevância da psicologia em cuidados paliativos.
- Pesquisas que enfoquem o trabalho da psicologia com familiares de pessoas em cuidados paliativos.

Critérios de exclusão:

- Artigos que não englobem os aspectos dos critérios de inclusão.

Tendo como etapas do trabalho:

Em um primeiro momento foram feitas as pesquisas em materiais bibliográficos que podiam contribuir com o tema escolhido. Através da base de dados Scielo, foram considerados artigos com a temática “cuidados paliativos” e/ou algo relacionado. Foram selecionados dez artigos entre os anos de 2010 e 2018.

Logo após foi realizada a leitura dos artigos selecionados e pontuando os objetivos desejados para esta pesquisa.

Em seguida, foi feita a leitura mais aprofundada dos artigos, que foram reduzidos a sete de 2013 a 2018, que mais se encaixavam no tema, para que desta forma fosse possível organizar as ideias e coloca-las em uma tabela para melhor visualização da síntese.

Esta tabela é composta por título, autores, ano, metodologia, resultados e conclusões.

Por fim feita a discussão dos resultados, que servirá como referencial teórico para a análise dos trabalhos.

### 3.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita de forma qualitativa, com revisão bibliográfica narrativa. A compreensão se deu a partir da revisão de literatura que foi utilizada para compreender melhor a temática.

A interpretação e análise dos resultados foram colocadas em forma de tabela e os dados que constam nela são referentes aos artigos utilizados na construção desse artigo.

Os resultados foram obtidos com base nas revisões bibliográficas do tipo narrativa fazendo relação com a teoria da temática proposta.

#### 4. RESULTADOS

Para demonstrar os resultados encontrados com as pesquisas optamos por utilizar uma tabela, nela consta os artigos que foram utilizados e algumas informações deles como seu título, ano de publicação, autor, metodologia e resultados.

Dos 10 artigos encontrados apenas 3 não se adequavam aos critérios de inclusão desta pesquisa. Para apresentação dos dados que se relacionam ao tema e objetivo proposto, foram utilizados 7 artigos, publicados entre os anos de 2013 a 2018. Que abordaram temas relacionados a cuidados paliativos, cuidadores principais, familiares, sobrecarga no cuidar e intervenção psicológica.

Gráfico 1 - A seguir apresenta-se um gráfico demonstrando as origens dos trabalhos encontrados.



Foram selecionados 5 artigos da Psicologia tendo como temáticas: intervenções psicológicas, compreensão do sofrimento do cuidador diante da terminalidade, sobrecarga no cuidar, consequências nos cuidadores de pacientes com câncer ou em cuidados paliativos, importância dos cuidados paliativos á

domicílio, compreender os significados e sentidos dos cuidadores a experiência de morte. Da medicina 1 artigo conceitualizando os cuidados paliativos. E 1 artigo da enfermagem destacando as principais dificuldades enfrentadas pelos cuidadores.

Em seguida será apresentada uma tabela que mostrará de forma sintetizada algumas informações dos artigos que foram selecionados. Desta forma, pode-se organizar melhor o que os artigos trazem podendo facilitar o entendimento e compreensão. A tabela mencionada anteriormente segue abaixo:

Tabela 1 – Artigos selecionados de acordo com título, nome dos autores, ano metodologia e resultados.

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTORES</b>	<b>ANO</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>RESULTADOS</b>
A intervenção psicológica em cuidados paliativos.	Anne Cristine de Melo; Fernanda Fernandes Valero; Marina Menezes.	2013	Revisão de literatura	Percebe-se que é necessário mais envolvimento dos psicólogos nessa área.
Cuidados Paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro.	Maria Emília de Melo Coelho; Amauri Carlos Ferreira.	2015	Metodologia de história oral em sua vertente temática.	A conversa proporciona alívio, dá a sensação de acolhimento e é benéfica.
Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidados de pacientes em fim de vida: revisão sistemática de literatura.	Mayra Delalibera; Joana Presa; Antônio Barbosa; Isabel Leal.	2015	Revisão sistemática de literatura.	A sobrecarga realmente é um fator presente e que acaba dificultando a vida do cuidador, precisa estar presente e cuidar do outro.
Cuidados Paliativos.	Ana Luisa Zaniboni Gomes; Marília Benze Othero.	2016	Revisão bibliográfica.	Precisa-se estudar mais sobre os cuidados paliativos no

				Brasil, pois o envelhecimento está cada vez mais presente em nossa realidade.
Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia de saúde da família.	Silmara Meneguim; Rafaela Rabelo.	2016	Discurso do sujeito coletivo.	Luto antecipatório: Sobrecarga emocional do cuidador, dificuldade de relacionamento, despreparo para lidar com o sofrimento, controle da dor, dificuldades financeiras, falta de suporte da rede de apoio do município.
Atendimento domiciliar oncológico, percepção dos familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos.	Maria do Bom Parto de Oliveira; Nauã Rodrigues de Souza; Magaly Bushatsky; Bruno Felipe Remígio Dâmaso; Dayse Medeiros Bezerra; José Anchieta de Brito.	2017	Pesquisa descritiva.	Resgatar a importância dos cuidados paliativos em casa como possibilidade de minimização do impacto no sofrimento da doença e garantir a dignidade no processo de morrer.
Cuidadores Principais Ante a experiência da morte: seus sentidos e significados.	Carolina Peres de Lima; Marina de Abreu Machado.	2018	Observação Participante.	Reações e sentimentos dos cuidadores que mesmo muito cansados permaneciam ao lado de seu familiar.

				Comunicação da equipe frente a morte auxilia na elaboração psíquica deste momento.
--	--	--	--	--

A partir dos dados obtidos nos resultados foram possíveis destacar 3 categorias que nortearão a discussão a seguir, essas categorias são:

- Cuidado aos cuidadores familiares e psicologia;
- Procedimentos e protocolos utilizados pela Psicologia;
- Situações recorrentes durante o acompanhamento de familiares de pessoas em cuidados paliativos.

## 5. DISCUSSÃO

Seguindo a discussão com os dados obtidos nos resultados, a seguir iremos mencionar o que se pode identificar com a pesquisa realizada, citando alguns autores e separando em categorias o que se pode encontrar e concluir durante todo o processo, abaixo as categorias selecionadas:

### 5.1 CUIDADO AOS CUIDADORES FAMILIARES E PSICOLOGIA

De acordo com a tabela acima apresenta-se a discussão dos artigos encontrados, relacionando com os autores que foram utilizados para fundamentar. Foram encontradas 3 categorias que irão nortear essa discussão:

A primeira categoria é na área de psicologia onde os autores trouxeram questões relacionadas à Psicologia Hospitalar, cuidadores e familiares também a importância desse acompanhamento em Cuidados Paliativos.

De acordo com Coelho e Ferreira (2015) ter contato com os cuidadores é compreender que o cuidado vai muito além da dor física, é subjetiva marcada pela dor de existir, é estar presente para o outro.

Para Wasner et al. (2013, apud DELALIBERA et.al., 2015) a sobrecarga do cuidador está associada a: fadiga física e mental, estresse, depressão, ansiedade, falta de apoio social e uma má qualidade de vida dos cuidadores. As consequências negativas podem ter relação no impacto que é prestar cuidados, podendo até dificultar o luto. Por conta disso necessitasse dar maior atenção a esses indivíduos mais vulneráveis.

Citando Oliveira et.al (2017) o apoio familiar é de extrema importância ao paciente em cuidados paliativos e os serviços oferecidos devem considerar intervenções para dar apoio aos cuidadores, com o intuito que otimizar essa função. Para o paciente é favorável que esteja em um ambiente onde se sinta confortável que tenha afeto, amor e cuidado de qualidade.

Identificou-se que o apoio aos cuidadores é de extrema importância para que eles possam se dedicar ainda mais a quem necessita, acompanhar alguém que está em processo de fim da vida é doloroso, desgastante e necessita ter disposição para enfrentar o dia a dia de todo o processo, sendo assim

geralmente quem cuida se dedica inteiramente, até esquecendo de si mesmo. O apoio psicológico vem para auxiliar essa pessoa que tem um papel tão importante a vivenciar esse período sem adoecer, preparando para quando o dia da morte chegar, elaboração do luto após a morte e, além disso, também resignificar seus papéis.

## 5.2 PROCEDIMENTOS E PROTOCOLOS UTILIZADOS PELA PSICOLOGIA

A segunda categoria nos demonstra os procedimentos e protocolos que são utilizados pela psicologia em cuidados paliativos.

Citando De Melo, Valero e Menezes (2013) as intervenções dos psicólogos em cuidados paliativos são: compreender alguns fenômenos das relações, orientar familiares e profissionais, escuta qualificada dos familiares, promoção de humanização no hospital, auxílio para a entrega do diagnóstico, contato direto com outros membros da equipe, auxiliar no enfrentamento e elaboração da doença.

Para Ferreira, Lopes, De Melo (2011) pode-se citar: a escuta acolhedora, oferecendo espaço para que o paciente exponha suas questões, auxiliando no adoecimento, garantindo estabelecer suas demandas. Também são intervenções do psicólogo reconhecer desejos, medos e auxiliar para encerrar assuntos pendentes, garantir que o paciente tenha uma vida ativa de acordo com suas limitações.

Alguns protocolos utilizados pelo psicólogo são o Genograma e a Escala de Zarit Reduzida (FRIPP, 2012).

Os métodos de intervenção do psicólogo não são necessariamente palpáveis, porém possui eficácia para auxiliar no sofrimento (DE MELO, VALERO, MENEZES, 2013).

Verbalizar emoções e sentimentos auxiliam na assimilação dos sentimentos, sendo assim o familiar e cuidador tendo um espaço para que possa colocar isso em prática trás benefícios significativos, ajuda a resignificar o sofrimento. Compreende-se que a psicologia ainda não possui muitos métodos palpáveis, porém o que oferecemos é eficaz e é terapêutica.

### 5.3 SITUAÇÕES RECORRENTES DURANTE O ACOMPANHAMENTO DE CUIDADORES E FAMILIARES DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Nesta terceira categoria, será explanado sobre os cuidadores e familiares e o que o ato de cuidar pode acarretar em suas vidas, sabendo que é uma função difícil e que podem trazer adversidades como: cansaço, esgotamento, tristeza e até algo mais complexo que se não for tratado precocemente pode se tornar um transtorno.

De Lima e Machado (2018) em sua pesquisa apresentam que os cuidadores mesmo demonstrando cansaço físico e emocional, tinham o desejo de estar presente até o fim da vida do paciente. Muitos mesmo esgotados e sem forças, permanecem na sua função de cuidar.

O cuidador principal pode adquirir ao longo do tempo por conta da sobrecarga doenças e se não forem tratadas podem se tornar transtornos, os mais comuns nesse caso são: depressão, distúrbios do sono e alimentares, ansiedades e se não tratadas podem se tornar algo com maior gravidade (DE LIMA, MACHADO, 2018).

Apesar de todas essas dificuldades que envolvem o cuidar de alguém no fim da vida, pode-se perceber a importância e a dedicação dessas pessoas, que em muitos casos estão em sofrimento também por alguma doença sua e mesmo assim continuam se doando para garantir a melhora na qualidade de vida do outro.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos mencionados sobre cuidados paliativos foi possível confirmar e responder as dúvidas, hipóteses e objetivos que foram levantadas, como também alcançadas as expectativas.

Reconhece-se a importância de ter uma equipe qualificada em acompanhamento a família que passam por esse processo e que necessitam de acolhimento e atenção especial. Também faz-se necessário pesquisar e estudar essa temática, incluir nas grades curriculares das instituições de ensino para obter mais experiência e também que toda a equipe multiprofissional tenha conhecimento no assunto, sabendo que é uma especialidade recente, que vem crescendo e é ainda pouco desenvolvida.

Quando falamos sobre cuidados paliativos e doenças que ameace a vida, logo pensamos nos pacientes, porém tornou-se necessário um olhar mais cuidadoso para a família, que para além do paciente sofre e necessita de acolhimento e preparo para assimilar, desta forma podemos dar suporte ao paciente e também esses familiares.

A realização dessa pesquisa apresentou um nível considerável de limitações, dificuldade no aprofundamento da temática e de encontrar artigos que detalhassem os métodos de intervenção da psicologia.

Tem por relevância estudar essa temática pois é fundamental o olhar da psicologia para os pacientes e seus familiares que estão em sofrimento pelo questão do adoecimento.

Sugere-se que os profissionais da saúde, inclusive ao psicólogo, que discutam mais e aprofundem seus conhecimentos sobre a questão dos cuidados paliativos.

Sugere-se as instituições de saúde a tentativa de incluir em suas estruturas melhoramentos para a estadia de seus pacientes. Investimentos em novas tecnologias e profissionais qualificados. E também que haja mais pesquisas com essa temática, inclusive de pesquisa de campo.

## REFERENCIAS

ACIOLI, Giovanni Gurgel. BERGAMO, Daniela Carvalho. **Cuidado à família enlutada**: uma ação publica necessária. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43n122/805-818/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BASSO, Lissia Ana. WAINER, Ricardo. **Luto e perdas repentinas**: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872011000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100007). Acesso em: 24 jul. 2020.

CAMPOS, Maria Tereza Fialho de Souza. PELUZIO, Maria do Carmo Gouveia. MELO, Mônica Santos de Souza. SIMONINI, Eduardo. COELHO, France Maria Gontijo. ARAÚJO, Raquel Maria Amaral. **“a mesa que encolheu”**: a perspectiva alimentar de mães que perderam filhos. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000301051&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000301051&lang=pt). Acesso em: 20 mar. 2020.

CARDOSO, Daniela Habekost. MUNIZ, Rosani Manfrin. VIEGAS, Aline da Costa. ARRIEIRA, Isabel Cristina de Oliveira. BARBOZA, Michele Cristiane Nachtigall. **A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO A PESSOAS EM CUIDADOS PALIATIVOS**. 2015. Disponível em: [http://Users/marin/OneDrive/Área%20de%20Trabalho/ANAIS\\_CUIDAODSPALIATIVOS%20\(1\).pdf](http://Users/marin/OneDrive/Área%20de%20Trabalho/ANAIS_CUIDAODSPALIATIVOS%20(1).pdf). Acesso em: 20 mar. 2020.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS Henrique Afonseca. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. *In*: FRIPP, Julieta Carriconde. **Ação prática do paliativista na continuidade dos cuidados em domicílio**. 2012. Pg. 383-384.

COELHO, Maria Emília de Melo. FERREIRA, Amauri Carlos. **Cuidados paliativos**: narrativas do sofrimento na escuta do outro. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0340.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

DA SILVA, Manoella Souza. LUERSEN, Daniele. CRIZEL, Liceli Berwaldt. FARIAS, Luciana. FREITAG, Vera Lúcia. MILBRATH, Viviane Marten. **ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS À CRIANÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: REVISÃO DE LITERATURA**. 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/marin/OneDrive/Área%20de%20Trabalho/ANAIS\\_CUIDAODSPALIATIVOS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/marin/OneDrive/Área%20de%20Trabalho/ANAIS_CUIDAODSPALIATIVOS%20(1).pdf). Acesso em: 20 mar. 2020.

DE LIMA, Carolina Peres. MACHADO, Mariana de Abreu. **Cuidadores Principais Ante a Experiência da Morte**: Seus Sentidos e Significados. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141498932018000100088](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932018000100088). Acesso em: 20 mar. 2020.

DE MELO, Anne Cristine. VALERO, Fernanda Fernandes. MENEZES, Marina. **A intervenção psicológica em cuidados paliativos**. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16450086201300030007](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086201300030007)>. Acesso em: 28 out. 2019.

DE SOUZA, Felipe. **Luto e depressão: diferenças entre DSM IV E DSM 5**. 2015. Disponível em: <https://www.psicologiamsn.com/2015/08/luto-e-depressao-diferencas-entre-o-dsm-iv-e-dsm-5.html>. Acesso em: 09 abr. 2020.

DE VASCONCELOS, Monica Ferreira. DA COSTA, Solange Fátima Geraldo. LOPES, Maria Emília Limeira. ABRÃO, Fátima Maria da Silva. BATISTA, Patricia Serpa de Souza. OLIVEIRA, Regina Celia. **Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros**. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000900010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900010). Acesso em: 20 mar. 2020.

DELALIBERA, Mayra. PRESA, Joana. BARBOSA, António. LEAL Isabel. **Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidados de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura**. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14138123201500090273](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201500090273). Acesso em: 20 mar. 2020

DUARTE, Vânia Maria do Nascimento. **PESQUISA QUANTITATIVA E QUALITATIVA**. 2018. Disponível em: <http://monografias.brasilescola.uol.com.br/regras-abnt/pesquisa-quatitativaqualitativa.htm>. Acesso em: 12 dez. 2019.

FERREIRA, Ana Paula de Queiroz. LOPES, Leany Queiroz Ferreira. DE MELO, Mônica Cristina Batista. **O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer**. 2011. Disponível em: [pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007). Acesso em: 24 jul. 2020.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni. OTHERO, Marília Benze. **Cuidados Paliativos**. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01034014201600030015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01034014201600030015). Acesso em: 28 out. 2019

GUNTHER, Hartmut. **Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a questão?** 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2>. Acesso em: 04 dez. 2019.

HERMES, Héliida Ribeiro. LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde**. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n9/25772588/>. Acesso em: 12 dez. 2019.

KRUZE, Maria Henriqueta Luce. VIEIRA, Rosimari Wittmann. AMBROSINI, Leila. NIEMEYER, Fernanda. DA SILVA, Flávia Pacheco. **Cuidados paliativos: uma**

experiência. 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/28898>. Acesso em: 04 dez. 2019.

LONDERO, Francine Rossignolo. ALTENBERND, Bibiana. CAÑETE, Fernanda de Carvalho. NUNES, Livia Bisso. **A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO TRATAMENTO DE PACIENTES ONCOPEDIÁTRICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM CAMINHO TERAPÊUTICO QUE INTEGRA EQUIPE, FAMÍLIA E PACIENTE.** 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/marin/OneDrive/Área%20de%20Trabalho/ANAIS\\_CUIDAODSPALIATIVOS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/marin/OneDrive/Área%20de%20Trabalho/ANAIS_CUIDAODSPALIATIVOS%20(1).pdf). Acesso em: 20 mar. 2020.

MANEGUIM, Silmara. RIBEIRO, Rafaela. **DIFICULDADES DE CUIDADORES DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.** 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/01040707-tce-25-01-3360014.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

MARCOLINO, José Alvaro. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta.** 1999. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000100015](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100015). Acesso em: 24 jul. 2020.

MARINHO, Ângela Heluy Ribeiro. MARINONIO, Cássia Cristina Rozzante. RODRIGUES, Luciana Costa Alemar. **O processo de luto na vida adulta decorrente da morte de um ente querido.** 2007. Disponível em: [http://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/o\\_processo\\_luto\\_vida\\_adulta.pdf](http://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/o_processo_luto_vida_adulta.pdf). Acesso em: 24 jul. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTENEGRO, Keyla Correa. **A FAMÍLIA DIANTE DA MORTE: A EXPERIÊNCIA DO LUTO ANTECIPATÓRIO EM CUIDADOS PALIATIVOS.** 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/marin/OneDrive/Área%20de%20Trabalho/ANAIS\\_CUIDAODSPALIATIVOS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/marin/OneDrive/Área%20de%20Trabalho/ANAIS_CUIDAODSPALIATIVOS%20(1).pdf). Acesso em: 20 mar. 2020.

RAMOS, Vera Alexandra Barbosa. **O processo de luto.** 2016. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1021.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2020.

ROTHER, Edna Terezinha. **Revisão sistemática x Revisão narrativa.** 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002007000200001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000200001). Acesso em: 12 dez. 2019.

SAHAGOFF, Ana Paula. **PESQUISA NARRATIVA: UMA METODOLOGIA PARA COMPREENDER A EXPERIÊNCIA HUMANA.** 2015. Disponível em:

[https://www.uniritter.edu.br/files/sepesq/arquivos\\_trabalhos/3612/879/1013.pdf](https://www.uniritter.edu.br/files/sepesq/arquivos_trabalhos/3612/879/1013.pdf). Acesso em: 12 dez. 2019.

SANTOS, Jéssica Caroline. **Cuidados Paliativos em Pacientes com Doença Renal**. 2017. Disponível em: <http://psiconefrologia.com/2017/09/14/cuidados-paliativos-em-pacientes-com-doenca-renal/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SCAVASINE, Valéria. **CUIDADOS PALIATIVOS EM CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS AGUDAS**. 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/marin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge\\_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/46378-177406-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/marin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/46378-177406-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 20 mar. 2020.

SILVA, Sara Vieira. OLIVEIRA, Ana. BARBEDO, Isabel. MIRRA, Joana. SANTOS, Margarida. ALVES, Júlia. FREIRE, Elga. **Cuidados Paliativos na Insuficiência Cardíaca Avançada: A Experiência de uma Equipe Intra-Hospitalar de Suporte Em Cuidados Paliativos**. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-671X2019000100008&lang=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2019000100008&lang=pt). Acesso em: 20 mar. 2020.

SOARES, Sandra. **Ensinando a morrer**. 2016. Disponível em: <http://vamosfalarsobreoluto.com.br/2016/03/28/ensinando-a-morrer/>. Acesso em: 20 mar. 2020.