

A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR COM PACIENTES TERMINAIS

Jaqueline Freitas¹
Claudia Waltrick Machado Barbosa²

RESUMO

A psicologia hospitalar surgiu no Brasil no século XX, sendo considerada pelos estudiosos como a ciência que visa compreender os aspectos psicológicos sobre as doenças, visando diminuir o sofrimento emocional. Entretanto, como objetivo principal buscou-se verificar a contribuição da psicologia hospitalar nos atendimentos aos pacientes em fase terminal. Contudo, como objetivos específicos visou-se descrever os serviços prestados pelo profissional de psicologia frente aos pacientes terminais, relatando a importância de um olhar de complementaridade da psicologia, para que haja um atendimento integral e humanizado, apontando o tema da morte no contexto hospitalar, investigando os estágios do paciente diante deste, bem como, a maneira que a família pode contribuir junto aos profissionais, por meio de uma pesquisa de campo, em alguns hospitais, através de entrevistas com psicólogos, buscando informações sobre contribuições, necessidades e dificuldades encontradas nos dias atuais. Desta forma, utilizou-se do método de pesquisa dedutivo, assim sendo, elaborado por meio de uma abordagem qualitativa, com caráter exploratório. Diante da pesquisa, verificou-se que é de suma importância a presença de um profissional de psicologia neste momento, compreendendo e auxiliando tanto o paciente como sua família.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar, Pacientes Terminais, Sofrimento Emocional.

THE CONTRIBUTION OF THE HOSPITAL PSYCHOLOGY WITH TERMINAL PATIENTS

ABSTRACT

The hospital psychology emerged in Brazil in the twentieth century and is considered by scholars as the science that aims to understand the psychological aspects of the disease in order to reduce emotional distress. However, the main objective was sought to verify the contribution of psychology in hospital care to terminally ill patients. However, as specific objectives aimed to describe the services provided by professional front psychology to terminal patients, reporting the importance of a look of psychology complementarity, so that there is a comprehensive and humane care, pointing to the theme of death in the hospital, investigating the patient's stage before this, as well as the way that the family can contribute with professionals through field research in some hospitals through interviews with psychologists, seeking information about the contributions, needs and difficulties encountered today. Thus,

¹ Acadêmica da 9ª fase do Curso de Psicologia do Centro Universitário Unifacvest.

² Psicóloga e pedagoga – Professora do Curso de Psicologia do Centro Universitário Unifacvest, Mestre em educação, especialista em terapia familiar e de casal.

we used the research method of deductive way, therefore, prepared by means of a qualitative approach with exploratory. Before the research, it was verified that it is of paramount importance the presence of a professional of psychology at this moment, understanding and helping both the patient and his family.

Keywords: Health Psychology, Patients Terminals, Emotional Distress.

INTRODUÇÃO

O hospital é lugar do saber e do fazer de quem lida com a relação saúde/doença. Quando se pensa em ambiente hospitalar, logo vem à mente, desde que somos criança, pessoas vestidas de branco, macas, camas, injeções, remédios, enfermeiros, médicos, dor, tristeza, morte e também cura, alívio, saúde e vida. No entanto, este vem sendo campo também do profissional de psicologia (LANGE, 2008). A Psicologia Hospitalar surgiu há pouco tempo no Brasil e de acordo com a literatura, ocorreu mais precisamente no início do século XX (MOREIRA et al., 2012). Atualmente é considerada como o campo da ciência que visa compreender os aspectos psicológicos acerca do adoecimento, buscando minimizar o sofrimento emocional (SILVA et al., 2006).

A Psicologia Hospitalar procura recuperar a esperança, em que a aflição e angústia sejam compreendida de uma forma mais humana, e de que as equipes de saúde possam lidar com o sofrimento e aprender a ouvir a agonia, aflição, ansiedade, medo etc., presentes em cada aparecimento físico de dor e sofrimento (ANGERAMI et al., 1996). Neste sentido, destaca-se que o profissional de Psicologia é de extrema importância em ocasiões de luto, haja vista que este ouve tanto o paciente terminal como sua família, na decifração de respostas do paciente aos familiares (RODRIGUES; ROUZA, 2015). Importante relatar que o trabalho do psicólogo é capaz de resguardar e humanizar o processo empregado, conduzindo o paciente e a família a novas percepções e sensações (SILVA et al., 2006).

Ao inserir este profissional no ambiente hospitalar, foi possível rever seus próprios postulados adquirindo opiniões e questionamentos que realizaram um novo escoramento na busca da percepção da existência humana (TRUCHARTE et al., 2013). De acordo com Leão (2002, p.143), o profissional da psicologia visa “compreender os fenômenos intrínsecos das relações, conhecer as reações do paciente, orientar familiares e profissionais, ouvir várias pessoas da mesma família, etc.”

Desta forma, tem sua importância ligada em todas as situações relacionadas à saúde do ser humano, e o psicólogo, como um profissional da promoção da saúde, atua tanto na

prevenção como no tratamento. Assim sendo, Campos (1995, p. 62), pontua que “este profissional visando o relacionamento humano saudável, procura dialogar com o paciente, seus familiares e com a equipe de saúde”. Antão (2012) afirma que diversas vezes, dentro de um ambiente hospitalar, o paciente passa a receber rótulo de determinado diagnóstico ou um número de leito, deixando de ser alguém com história. Fator este que demonstra a falta de preparo pelos profissionais de saúde para lidar com as demandas psicológicas que os pacientes depositam sobre eles. A mesma autora acrescenta ainda, que o psicólogo visa restituir o indivíduo no seu lugar, abrindo espaço para os diálogos, oferecendo condições para compreender melhor seus sentimentos, buscando o equilíbrio entre razão e emoção.

Rodrigues e Souza (2015, p. 03), mencionam que, “a proximidade do psicólogo hospitalar conforta e ampara efetivamente, minimizando o sofrimento e promovendo novas percepções. Nessa interação ele auxilia na educação de expectativas”. O psicólogo, no contexto hospitalar e da saúde, bem como todos os profissionais da equipe hospitalar, independente da unidade em que trabalhem ou da patologia que o paciente refira, lida sempre com as questões da alma, com emoções primitivas mobilizadas por situações críticas, por diversas vezes em casos crônicos. Porém, o espaço de trabalho concedido ao psicólogo varia de acordo com a especificidade da instituição hospitalar (LANGE, 2008).

Segundo Simonetti (2011) o profissional de psicologia hospitalar trabalha com os desejos do paciente, não com a cura, orientando seu trabalho de forma com que o mesmo, lide com suas dificuldades, anseios, deficiências e possibilidades inerentes ao quadro apresentado. Dentre as maiores dificuldades encontradas e apontadas na literatura surgidas quando se pensa na atividade do psicólogo na realidade hospitalar é sua inclusão na realidade institucional (CAMPOS, 1995).

Desta forma Trucharte et al. (2013, p. 07) explica:

A formação do psicólogo é falha em relação aos subsídios teóricos que possam embasá-lo na prática institucional. Essa formação acadêmica, sedimentada em outros modelos de atuação, não o provê com o instrumental teórico necessário para uma atuação nessa realidade. Torna-se então abismático o hiato que separa o esboço teórico de sua formação profissional e sua atuação prática. Apenas recentemente a prática institucional mereceu preocupação dos responsáveis pelos programas acadêmicos em Psicologia.

Pesquisadores relatam que a psicologia hospitalar tem seu instrumental teórico de atuação fixado na área clínica. Entretanto, há pontos que delimitam a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, bem como questões que tornam imprópria a finalidade de muitos

profissionais da área buscando definir a atuação no contexto hospitalar como sendo técnica psicoterápica, ainda que efetivada na conjuntura institucional (TRUCHARTE et al., 2013).

Acredita-se que durante o adoecer o enfermo pode ser acometido por sentimentos conflitantes, sendo que por muitas vezes a doença poderá ser vinculada a um sentimento de culpa, pois enfrentar questões relacionadas à morte é muito difícil em uma sociedade com tamanho avanço tecnológico, e com procedimentos na área da medicina cada vez mais eficazes e surpreendentes (CAMON, 1995).

Contudo, o interesse pelo tema foi de compreender de que forma o psicólogo pode atuar e agir em circunstâncias de doenças terminais, uma vez que a morte sempre foi vista como algo abominável, assustador e inaceitável. Fator este considerado natural conforme Chiattonne (2003), pois passam a existir conflitos tanto no problema de aceitação daquele estado terminal, como no tratamento de problemas emocionais não curadas, frustrações, remorsos, a ansiedade diante de projetos em andamento, em meio a muitas outras causas que abrangem a vida, a doença e a morte, mesmo que o paciente seja uma pessoa emocionalmente forte (CAMON, 1995).

Silva et al. (2006) apontam que os pacientes terminais sofrem muita dor e passam por um grande sofrimento, e que por diversas vezes não possuem o apoio da família ou de um ente querido. Portanto, a atual pesquisa se justifica, devido ao fato da minimização do sofrimento humano, deste modo, a busca por conhecimentos a respeito deste tema torna-se cada vez mais necessária, já que, infelizmente, muitos pacientes e familiares ainda acabam sem a ajuda de um profissional que possa auxiliá-los neste momento crucial de suas vidas. Neste sentido Rodrigues e Souza (2015, p. 03), colocam que “a proximidade do psicólogo hospitalar conforta e ampara efetivamente, minimizando o sofrimento e promovendo novas percepções”.

Diante das situações citadas acima, ressalta-se que o interesse pelo tema consiste no fato de aprofundar os estudos a respeito das contribuições da Psicologia Hospitalar para melhorar a qualidade de vida de pacientes terminais bem como de seus familiares, buscando melhor contribuir com o paciente e seus familiares após o diagnóstico de doença terminal. Acredita-se que a presença do psicólogo nestes momentos da vida, dá a todos os envolvidos a certeza de estar amparado, de ter alguém que possa compreender e auxiliar a todos neste processo, contribuindo nas demandas que levem a uma maior tranquilidade e aceitação possível (CAMPOS, 1995).

Desta forma, espera-se difundir o assunto para que demais leitores e estudantes tenham acesso a esse conteúdo, enfatizando a importância de um maior conhecimento sobre o tema, confirmando a importância do atendimento psicológico a tais pacientes. No entanto, é

importante mencionar que esta pesquisa não possui como objetivo esgotar todas as questões relacionadas aos pacientes em fase terminal, mas sim descrever a importância do cuidado neste momento.

Assim sendo, toda enfermidade tem um determinado fator de risco para a vida do paciente, e, um dos fatores mais intrigantes é a maneira como se lida com a realidade da morte, o que é constante em casos terminais. Diante desta realidade, se faz fundamental que os hospitais e seus profissionais estejam preparados para oferecer o apoio que os hospitalizados e seus familiares tanto necessitam (VIEIRA, 2010).

De acordo com Simonetti (2011) o psicólogo hospitalar fala, escuta e observa. Acredita-se ser este um ato complexo, pois ouvir, falar e também apreender signos com valor de palavras exige cuidado e ao mesmo tempo a possibilidade de levar ao paciente alterações em seu quadro de saúde. Certifica ainda o autor que a psicologia hospitalar aborda o adoecimento no registro figurado, pois a medicina já aborda no registro real, fisiológico.

Campos (1995) corrobora acrescentando que o psicólogo é um profissional capacitado/apto a descobrir as situações mesmo não estando claras e simples, como um profissional da saúde, precisa analisar e ouvir com calma as palavras e os silêncios, sendo que é necessário apreender e saber decifrar também as maneiras e demonstrações, palavras e sinais. Sendo assim, o paciente sentindo-se compreendido pelo profissional, ele percebe-se seguro e aceito, compreendendo da melhor forma emocional e física sua doença. Acredita-se que a relação do paciente terminal deve ser entendida e abordada de forma própria. Desta forma, a problemática levantada neste estudo implica em saber, qual a contribuição que o profissional de Psicologia pode oferecer ao paciente em fase terminal e sua família?

O psicólogo deve estar atento a toda e qualquer manifestação do paciente para utilizá-la como elemento de estímulo. É importante estar consciente de que a pior armadilha para a equipe de saúde é entrar na mesma sintonia do paciente e, por consequência, “abandoná-lo” também. Contudo, a busca de uma relação qualitativa melhor com a existência não pode abandonar as intenções da equipe (TRUCHARTE et al., 2010).

De acordo com Domingues et al. (2013) existem inúmeras questões que podem ser levantadas para ter um melhor entendimento sobre a contribuição da Psicologia com pacientes terminais, como por exemplo: quais métodos buscar quando “já não há mais o que fazer”? É possível esses pacientes que estão próximo a morte ter a dignidade humana em uma sociedade onde há grande valorização da vida e da cura em prejuízo da morte?

Vale relatar que uma das funções do psicólogo hospitalar é humanizar, ou seja, é prestar a atenção integrada ao paciente. Seu olhar está voltado para o critério de humanização desse espaço, sendo que sua atuação nesse contexto não é psicoterápica (CAMON, 1995).

Com a finalidade de humanizar o atendimento, o Serviço de Psicologia trabalha com as relações que se estabelecem entre os profissionais que compõem a equipe de saúde e da equipe com os pacientes e suas famílias. “A assistência que o psicólogo presta a este paciente faz com que este esteja consciente de seus deveres, mas também de suas responsabilidades, não delegando apenas aos outros profissionais ou parentes, a incumbência de cuidar dele” (MENDES, et al., 2009, p.170).

Trabalho este que envolve observações, conversas e mediações, aplicando técnicas e criando rotinas adequadas à transformação e melhora da atenção com as pessoas que transitam no setor, visando reconhecer a demanda do lugar e principalmente com a identificação do papel do psicólogo nos hospitais com pacientes terminais (QUINTANA et al., 2006).

O papel do psicólogo e suas possibilidades de atuação no contexto hospitalar abrangem uma variedade de demandas, aspectos, modalidades e dificuldades de atuação, que este necessariamente trabalha, ou deveria trabalhar, com uma equipe multidisciplinar; procurando assistir aquele que busca o atendimento nos serviços de um hospital, no âmbito do ambulatório ou da enfermaria, a fim de minorar o sofrimento mental e suas sequelas subseqüentes (LANGE, 2008, p. 76).

Domingues et al. (2013) afirmam que o psicólogo pode facilitar e beneficiar o andamento da vida, a isto se pode designa promoção de saúde e qualidade de vida. Contudo, a Psicologia Hospitalar oferece além do trabalho de humanização da instituição, proporcionando tratamento específico para as demandas do ser humano no proceder da sua história de vida, sendo isso no hospital, onde o risco de vida e a probabilidade da morte estão presentes.

Por diversas vezes o paciente em sofrimento desalentador necessita de apoio momentâneo, conforto, enfim, de sentir-se um indivíduo com significação existencial própria, sendo que em determinadas situações esta necessidade sobrepõe inclusive à terapêutica de medicamentos (CAMPOS, 1995).

É necessário que cada profissional envolvido nessa problemática tome consciência de sua atuação com esse tipo de paciente, pois de nada adiantará uma real sensibilidade na comunidade da verdadeira e desoladora problemática da doença degenerativa, se no ambiente hospitalar esse paciente continuar a sofrer toda a intensidade da rejeição social de que se reveste a problemática (TRUCHARTE et al., 2013, p. 99).

Campos (1995) relata que a doença quando considerada terminal, causa profundas alterações para o paciente e sua família. Desta forma, em todos os momentos, o psicólogo junto

aos envolvidos pode prestar a assistência, o apoio e o esclarecimento necessário do qual, tanto precisam naquele momento.

Callanan e Kelley (1994, p. 21) destacam que:

O fato de encarar uma doença terminal é um trabalho árduo e desgastante em todos os sentidos. Há tantos questionamentos, tanto a fazer. Neste momento as esperanças se transformam rapidamente em temores e frustrações, os autores comparam como uma viagem de montanha russa cansativa

Acredita-se que o tema “morte” é capaz de trazer muitas angústias e afligir a capacidade de uma pessoa suportar um diagnóstico irreversível (DOMINGUES et al., 2013). Quintana et al. (2006) relata que a “morte” já foi objeto de muitas pesquisas, porém ainda é presente o constrangimento em falar deste assunto. Afirmam que os profissionais não devem demonstrar os sentimentos que a mesma desperta na equipe. No entanto, tal assunto não deixa de atormentar, detendo a apreensão do ser humano desde sempre.

Trucharte et al., (2013, p. 94-95) descrevem que o paciente terminal sofre de muitos preconceitos, independentemente da patologia que venha acometê-lo e cita como exemplo o câncer, pois para o autor:

Embora o progresso da Medicina seja notório na área de oncologia, havendo inclusive casos em que é possível uma atuação bastante eficaz quando de seu descobrimento precoce, ainda assim é difícil não ver no “câncer” uma enfermidade imediatamente associada ao espectro morte [...] O paciente terminal está afrontando todos os preceitos de negação da morte. É como se mostrasse a cada instante que a morte, embora negada de forma irascível pela sociedade, é algo existente e aceitável

Desta forma, o fato de morrer é algo intrínseco da condição humana e o apoio a uma pessoa que se encontra no leito mortuário é, antes de tudo, o reconhecimento da finitude. Da condição de seres mortais e, portanto, passíveis das mesmas vivências e ocorrências do paciente terminal (FORTES, 2010).

Ao analisar tal temática observa-se que os aspectos terapêuticos inerentes ao paciente terminal possuem suas implicações na sociedade, bem como com o contexto institucional hospitalar que incide sobre eles. No entanto, nos últimos 50 anos, o silêncio começa a ser removido nas ciências humanas, uma vez que historiadores, psicólogos, psiquiatras, psicanalistas e outros profissionais iniciaram uma luta contra a morte interdita, denunciando as causas que levaram à negação desta e redescobrimo a importância do tema (TRUCHARTE et al., 2013).

De acordo com Reis (2015), o termo “doente terminal” surgiu com o progresso médico-hospitalar no século XX, uma vez que em tempos remotos as doenças conduziam os

pacientes de forma célere a morte. No entanto, conceituar este termo é extremamente difícil para os estudiosos, motivo este que é possível encontrar diferentes descrições. Contudo, o processo de terminalidade ocorre quando não há mais possibilidades de se reverter o quadro de saúde e a morte torna-se inevitável (GUTIERREZ, 2001 apud SILVA et al., 2013).

A terminalidade supõe, ainda, que não existem condições dignas no prolongamento da vida mediante o emprego da obstinação terapêutica, do tratamento fútil e inútil, que não se faz acompanhar obrigatoriamente de benefícios concretos ao bem-estar do paciente (GUIMARÃES, 2011 apud REIS, 2015, p. 158.)

Kovács (1992 apud Ross et al., 2014, p. 139) descreve que a expressão terminalidade é utilizada para caracterizar indivíduos com doenças cuja cura ainda não tenha sido descoberta, sendo que os pacientes podem estar hospitalizados ou até mesmo em seus lares. Ainda acrescenta, “O rótulo terminal traz muitas vezes a falsa ideia de que não há mais nada que se possa fazer pelo paciente, mas é justamente neste momento que a pessoa necessita mais de ajuda tanto física quanto psíquica”.

Para Reis (2015, p. 148), “a rotina de um doente terminal atravessa o sofrimento psicológico e o físico. A dependência física e contumaz”. Os pacientes nesta fase terminal da doença na grande maioria sentem muitas dores e sofrem muito com os efeitos colaterais dos medicamentos e até mesmo, com a falta de apoio da família, fato este que os torna incapazes de relacionar-se com outras pessoas (ALVES, 2011 apud SILVA et al., 2013).

Taitson et al., (2014) enfatizam que os doentes, em especial nos casos mais críticos, ou seja, os pacientes em fases terminais carecem de atenção, principalmente dos familiares. Trucharte et al. (2013, p. 92), contribui dizendo que, “o total abandono a que se encontram entregues os inválidos de maneira geral leva o paciente terminal a desesperar-se diante da realidade que se lhe apresenta”. Os mesmos autores citam ainda que o quadro degenerativo faz com que seu portador se torne um paciente merecedor de sentimentos de gentileza e dedicação, pois para os autores:

A presença da doença degenerativa faz com que o paciente seja discriminado e até mesmo rejeitado nas situações mais diversas, que podem variar desde situações familiares até situações em que se exercem atividades produtivas. O paciente portador da doença, carrega o fardo de alguém “desacreditado” socialmente, seja em termos de capacidade produtiva, em termos da mitificação de que se reveste a problemática da doença.

Reis (2015, p. 157), comenta que “o doente terminal padece de grande sofrimento físico e psíquico. Por vezes, só pode ser contemplado com alguns momentos de conforto, livre das dores debilitantes, insuportáveis e degradantes”.

Trucharte et al. (2013, p. 95) diz que estudiosos afirmam:

Também é no paciente terminal que toda sorte de preconceitos, independentemente da patologia que possa acometê-lo, encontra-se enfeixada e direcionada para atitudes que propulsionam muito mais a dor do tratamento em si para aspectos pertinentes a tais preconceitos. Assim, um paciente, ao ser rotulado como aidético, por exemplo, trará sobre si, além de todo o sofrimento de sua debilidade orgânica, uma série de acusações sobre a maneira distorcida como a sociedade concebe sua patologia [...]. O paciente terminal está afrontando todos os preceitos de negação da morte. É como se mostrasse a cada instante que a morte, embora negada de forma irascível pela sociedade, é algo existente e inevitável (

Trucharte et al. (2013, p. 95) explica que “a vivência com o paciente terminal exige do terapeuta que este tenha muito claro e de forma assumida determinados questionamentos e valores em relação à morte e ao ato de morrer, o que não significa dizer que esse profissional tenha de ser totalmente insensível à morte” Desta forma, cabe relatar que a morte é algo inegável, um dia chegará para todos é apenas uma questão de tempo, sendo considerada apenas uma parte da vida a qual realça a existência humana (LANGE, 2008).

Afirma-se ser extremamente difícil a aceitação da ideia de que é necessário morrer, da mesma forma que em outros momentos precisamos dormir, descansar. Em casos como este, o profissional se aflige diante de não poder competir contra o tempo, restando assim, ouvir e tentar entender o máximo possível o paciente e sua família, levando-o conforto e dignidade neste momento (CAMPOS, 1995).

De acordo com Kubler-Ross (1998) em tempos remotos dificilmente se estudava sobre o sofrimento que a morte causa, nem mesmo de morte, era como se esta não existisse. No entanto, nada mais certo na vida do que o fato que um dia todos partirão. Atitudes comuns diante da morte e suas descobertas acabam se tornando inéditas, perturbadoras, não sendo percebidas e muito menos estudadas no mundo em que vivemos.

Neste sentido Lisboa e Crepaldi (2003, p.106), pontuam:

O processo de despedida da família diante de um paciente que está morrendo é um momento solene, apesar da simplicidade com que o mesmo pode ocorrer. Requer preparo emocional, uma disponibilidade, em algum nível, para aceitar a morte e o desapego. Uma das metas do trabalho com famílias que possuem um doente com prognóstico reservado deve ser ajudá-los a ficarem próximos, enquanto preparam-se para a separação, e estimulá-los a se comunicarem com seus parentes que estão morrendo. Quando há a necessidade de intervenção da parte de algum profissional qualificado, existem algumas questões que precisam ser avaliadas junto ao familiar como: quem são as pessoas que possuem um maior vínculo com o paciente, ou que possuem uma relação mais dependente dele; em que fase as pessoas mais significativas para o paciente se encontram, com relação à aceitação ou não da morte; qual a qualidade e os padrões das relações familiares; quem tem questões mal resolvidas com o paciente; o que os familiares gostariam de dizer ou fazer ao paciente, como agradecimentos, pedidos de perdão, entre outros, e como estão vivenciando o luto antecipatório.

Conforme Macieira (2001) estar ao lado de um paciente terminal exige grande maturidade e acredita-se que não seria tão somente a morte que assusta, mas sim o medo da solidão, o sentimento de desesperança e a dificuldade de comunicação com familiares e amigos. Porém, quando um paciente é dito como em fase terminal, ele passa por alguns estágios de sentimentos que são muitos significativos até a sua morte.

Esses sentimentos são frequentemente mais fáceis de entender se os vemos a partir da realidade das pessoas que estão morrendo: estão lutando para aceitar seu diagnóstico, ajustar-se a uma vida com doença e preparar-se para a morte que se aproxima. São tarefas tremendas; não é a surpresa que as emoções que as acompanham sejam variadas e dolorosas, algumas vezes difíceis de entender, e mesmo esmagadoras (CALLANAN e KELLY, 1994, p. 57).

De acordo com Kubler – Ross (1998, p. 41) “estes estágios permitem uma visão real da complexidade vivida pelo paciente diante da sua terminalidade e do morrer”. Ainda de acordo com o mesmo autor os estágios diante da morte são:

No primeiro estágio considerado o momento da negação e isolamento. Mais comum no início da doença, ocorre quando o paciente nega a gravidade do caso ou até mesmo quando sai em busca de outros profissionais para uma segunda opinião. É um sentimento passageiro, que logo é substituído por uma aceitação parcial. Para Callanan e Kelley (1994, p. 60) “negação é a recusa em aceitar a realidade e se origina no choque”.

No segundo estágio surge o momento da raiva. Quando relacionada com doenças terminais possui diversas origens e pode ser manifestada sobre aqueles que são mais próximos. Pode vir como consequência do medo da morte e também de tudo que vem antes desta, propagar-se em todas as direções e projeta-se na maior parte sem razão plausível (KÜBLER – ROSS, 1998).

No terceiro estágio, considerado o momento da Barganha. É um estágio curto, o qual muitas vezes deixa de ser percebido pela equipe. “A maneira mais fácil de entender a negociação com a morte é prestar atenção na criança na hora de dormir. Mais um abraço, mais uma história, mais um gole de água” surge como uma tentativa de adiamento, visando prolongar a sua vida. (CALLANAN; KELLEY, 1994, p. 68).

O quarto estágio é considerado o momento da depressão. Pode ser reativa e/ou preparatória. Kubler-Ross (1998, p. 93-94), diz que neste estágio:

O paciente está prestes a perder tudo e todos quem ama. Se deixarmos que exteriorize seu pensar, aceitará mais facilmente a situação e ficará agradecido aos que puderam estar com ele neste estado de depressão sem repetir constantemente que não fique triste. Este segundo tipo de depressão geralmente é silencioso, em contraposição ao

primeiro, que requer muita conversa e até intervenções ativas por parte dos outros em muitos assuntos, e o paciente tem muito a comunicar (

Ocorre quando não há mais como negar a doença, quando surgem novos sintomas, a debilidade aumenta, o emagrecimento torna-se a cada dia mais visível e a tristeza toma conta do paciente.

No quinto estágio, aparece então a aceitação. É um sentimento de renúncia espontânea que geralmente aparece quando a morte está muito próxima. Este é o momento em que a família e as pessoas mais próximas necessitam de maior apoio. Complementa-se que a esperança persiste em todos os estágios citados acima, uma vez que é o sentimento que conduz o paciente a suportar a dor. (KUBLER – ROSS, 1998).

Callanan e Kelley (1994) descrevem que é extremamente importante o psicólogo hospitalar saber diferenciar todos os estágios para que possa contribuir da forma correta, não causando mais dor ao paciente e para que não se sinta frustrado com uma experiência dolorosa futuramente. A família por sua vez, também apresenta grandes dificuldades por sentir-se incapacitada de ajudar seu ente querido (MACIEIRA, 2001). Campos (1995) enfatiza que é necessário ofertar oportunidades para os amigos e a família expressarem seus sentimentos, medos e angústias.

De acordo com Trucharte et al., (2013) a saúde é algo que somente é valorizado quando coloca a capacidade funcional do paciente em risco, uma vez que se vive numa coletividade que escraviza o homem, apreciando os meios de produção em detrimento dos valores de dignidade humana. Acredita-se que o paciente em sua fase terminal vive um emaranhado de emoções que incluem que incluem ansiedade, luta pela sua dignidade e conforto.

Pesquisadores como Mauksch citados por Trucharte et al., (2013) relatam que nos tempos atuais morrer é algo comum e que isso ocorre com frequência nos hospitais. No entanto, estes estabelecimentos estão comprometidos com a cura e os pacientes à morte são uma ameaça a esta função precípua. Para que haja um atendimento humanizado da equipe multiprofissional, pesquisadores afirmam ser necessário a intervenção do psicólogo, o qual deve transmitir seus conhecimentos e percepções sobre o paciente aos membros da equipe. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar adota a seguinte definição para o termo “humanizar”.

Humanizar é resgatar a importância dos aspectos subjetivos e sociais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde, respeitando o outro ser humano autônomo e digno. No campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento à saúde, é assumir uma postura ética que respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e o imprevisível, que aceite os limites de atuação (PNHAH, 1999 apud LANGE, 2008, p. 94).

Neste sentido, descreve-se a humanização nos ambientes hospitalares como a ambição de levar ao paciente as suas verdadeiras necessidades, não somente materiais, mas também psicológicas. A soma de toda a incongruência social, os conflitos de valores, de esteio da dignidade, fazem com o paciente terminal seja depositário de uma série de incertezas que irão culminar tornando-o alguém vitimado não apenas por uma determinada patologia em si, mas, e principalmente, por toda uma incompreensão de sua real situação. Humanizar as condições de vida do paciente terminal é, acima de tudo, buscar uma congruência maior em todo o seio da sociedade, harmonizando a vida e a morte de maneira indissolúvel. Somente assim poderemos assegurar aos nossos descendentes a condição de morte e vida dignas.

Neste sentido Trucharte et al. (2013, p. 105), comenta:

O contato com o paciente terminal questiona, de maneira profunda e crucial, muitos valores da essência humana. Tudo passa a ser questionado por outra ótica, e muitas coisas tidas como verdadeira e absolutas passam a ser consideradas sem a menor importância; e outros fenômenos, tidos como muito pouco significativos, tornam-se verdadeiramente significativos, ocupando de forma globalizante o sentido existencial, de tal forma que se transformam na essência e no sentido da própria vida. O mais significativo nessa vivência é a constatação de que o paciente terminal nos ensina uma nova forma de vida, uma nova maneira de encarar as vicissitudes que permeiam a existência, uma forma de vivência mais autêntica, na qual os valores decididamente sejam preservados em detrimento de aspectos meramente aparentes, que, na maioria das vezes, permeiam as relações interpessoais. A vida ganha novo significado ao se perceber a amplitude da importância de cada segundo, de cada encontro, do Sol rompendo a neblina em uma manhã de outono, da florada do ipê – roxo e da suinã no inverno, da emoção do amor contida em um beijo e em um afagar de mãos.

O cuidar humanizado demanda empenho dos profissionais para ultrapassar todos os obstáculos que se apresentam, sejam eles pessoais, bioéticos e institucionais. A integralidade e o trabalho multidisciplinar entre os envolvidos são imprescindíveis para o se pensar em liberdade e cumplicidades, fatores importantes para o saber cuidar (LANGE, 2008).

A necessidade de abordar a humanização no atendimento de saúde nasce a partir da constatação de que a evolução científica e as técnicas de serviço não são seguidas por um avanço na qualidade do contato humano (CAMPOS, 1995).

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização da pesquisa foi por meio de uma abordagem qualitativa, através da análise de estudos bibliográficos relevantes para o tema em estudo e ao mesmo tempo realizado uma pesquisa de campo de caráter exploratório, uma vez que envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, neste caso específico o questionário e a

observação sistemática, já que procura interpretar a contribuição da psicologia com os pacientes terminais em Unidades Hospitalares, facilitando assim a compreensão de tal assunto.

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso (GIL,2008, p. 27).

Esta pesquisa, de base exploratória, estabelece um conjunto de ações, buscando investigar o tema, fator que inclui um levantamento bibliográfico e a organização das entrevistas com intuito de conhecer a realidade do assunto (MARCONI, LAKATOS, 2003).

Participaram deste estudo cinco profissionais de psicologia que realizam atendimentos à pacientes terminais e seus familiares em Unidades Hospitalares da Região de Lages. Enfatizando que sua participação foi voluntária. Como instrumento para a coleta de dados utilizou-se obras bibliográficas, artigos, monografias impressas e disponíveis em meio eletrônico (Biblioteca Virtual Scielo).

Por conseguinte, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado para a realização da entrevista, com onze perguntas. Sendo que, de acordo com Manzini (1990/1991), este tipo de pesquisa foca no assunto sobre o qual é aplicado um roteiro com os principais questionamentos, os quais são complementadas por outras situações inerentes as circunstâncias da entrevista, acredita ainda o autor que a pesquisa quando aplicada desta forma faz surgir respostas livres e condicionadas à padronização de alternativas. Corroborando, Triviños (1987) afirma que esta tem como particularidade questionamentos fundamentais apoiados em teorias e hipóteses que se pautam ao tema da pesquisa.

Posteriormente, os dados serão tratados e os resultados apresentados, visando demonstrar a forma de contribuição da psicologia com os pacientes em fase terminal, bem como as necessidades e dificuldades existentes neste processo, apresentando assim maiores informações sobre o tema. A coleta de dados da pesquisa foi realizada em duas Unidades Hospitalares, todas no Estado de Santa Catarina, na cidade de Lages. As entrevistas foram realizadas com Psicólogos que aceitaram participar desta pesquisa como voluntários, os quais atendam à pacientes terminais e seus familiares no dia-a-dia de suas atividades profissionais.

Para a analisar os dados Gil (2008) enfatiza que o principal objetivo de uma pesquisa social é descobrir respostas para os problemas com auxílio de procedimentos científicos, permitindo a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social. Destarte, buscar-

se-á verificar a contribuição dos profissionais de psicologia com relação aos pacientes terminais, destacando a forma que os pesquisadores interpretam tal tema, bem como, analisando os dados coletados através do questionário aplicado aos profissionais de psicologia.

Para tanto foi utilizado como método de análise das entrevistas a análise de conteúdo, a qual segundo Campos (2004) institui-se em um conjunto de técnicas empregadas na análise de dados qualitativos, a qual visa superar as incertezas e enriquecer a leitura das informações coletadas. (MOZZATO, GRZYBOVSKI, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com cinco profissionais de psicologia hospitalar na cidade de Lages, sendo que três são colaboradoras do Hospital Nossa Senhora dos Prazeres e dois profissionais de psicologia do Hospital Tereza Ramos, no entanto, apenas quatro destes possuem contato com pacientes terminais e seus familiares, os quais serão mencionados no decorrer dos resultados.

Dentre os entrevistados, observou-se que uma profissional trabalha como estagiária, porém atua na função a dois anos e seis meses e os outros três profissionais possuem especializações, como Pós - Graduação nos Cursos de Saúde Mental, Psicologia Hospitalar, Psicologia Hospitalar em Terapia Intensiva e uma profissional com Mestrado em Ambiente e Saúde, todas com experiência de cinco a oito anos na função e também no mesmo ambiente hospitalar.

Ao serem indagadas sobre a metodologia do trabalho utilizado com os pacientes terminais relataram que a técnica depende muito de cada situação, pois estas são as mais diversas, mas no geral aplica-se a psicoterapia, favorecendo a verbalização, os cuidados paliativos e o aconselhamento aos familiares a fim de promover o resgate de situações pendentes, apoiando emocionalmente a quebra de tabus e crenças relacionadas ao adoecimento e compreensão da morte, promovendo a vivência do momento e apoio familiar.

A presença do psicólogo traz aos familiares e ao paciente a certeza de um amparo, de um conforto de alguém que compreende o processo que todos estão passando e que ao mesmo tempo contribui para tratar as demandas, fazendo com que todos aceitem com mais tranquilidade a morte (DOMINGUES, 2013 apud RODRIGUES, SOUZA, 2015).

Corroborando, o Manual de Cuidados Paliativos (2009) cita ainda a importância de estimular o doente e família a pensar e falar livremente sobre sua situação, procurando

“legitimar seu sofrimento e contribuir para a elaboração das experiências de adoecimento, processo de morte e luto.” (BRASIL, 2009, p. 218).

Vale informar que já no ano de 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu os Cuidados Paliativos como:

Uma modalidade de assistência, definindo que estes devem ser voltados à valorização da vida dos pacientes e de seus familiares ajudando-os a lidar com a doença na sua fase final, mediante a prevenção e alívio do sofrimento, identificado precocemente (REMEDI et al., 2009 apud FERREIRA et al., 2011, p. 87).

No entanto, a rotina utilizada por todos os profissionais entrevistados inicia-se pelo encaminhamento da equipe multidisciplinar, realizando assim o atendimento aos pacientes e familiares durante todo o período de internação. Entretanto, vale destacar a resposta na íntegra de uma das profissionais:

Ao chegar pego a lista geral dos pacientes, vou acompanhar a visita na UTI, atendo os familiares, após a visita faço o Checklist (multiprofissional) e depois realizo o atendimento nos setores, conforme as solicitações dos médicos e enfermeiros, e ainda realizamos a busca ativa. (ENTREVISTADA, 2016, p. 02)

Cabe ressaltar que apenas duas profissionais citaram realizar o checklist com a equipe multidisciplinar. Contudo, o tempo de duração do atendimento e a frequência com que estes são realizados não há uma regra, desta forma, varia de acordo com o paciente e a situação deste. Alguns dos entrevistados citaram realizar o atendimento todos os dias, enquanto outros informaram realizar apenas uma vez na semana.

Observou-se que o tempo de atendimento é variável, conforme o caso de cada paciente, há casos em que o atendimento dura mais de uma hora, enquanto outros podem ter variadas durações.

Dentre as principais necessidades encontradas na prática diárias, encontrou-se:

- ✓ Necessidade de preparação para a morte, tanto do paciente, da família e até mesmo da equipe;
- ✓ Necessidade de mais tempo de atendimento com o paciente;
- ✓ Necessidade de adaptar-se as rotinas hospitalares, relatando aqui os horários da medicação e suas intervenções;
- ✓ Necessidade de atualizar-se constantemente;
- ✓ Necessidade de maior conhecimento sobre o adoecimento do paciente para não ficar somente no “psicologismo”.

Nesse sentido, Combinato e Queiroz (2006) relatam a necessidade de incluir nas escolas de ensinios as temáticas voltadas a terminalidade da vida.

Embora o tema morte seja um acontecimento frequente nos hospitais e outras instituições de saúde, ocorrem dificuldades na sua abordagem. Faz-se necessário, portanto, que os profissionais de saúde, incluindo o psicólogo, recebam em sua formação, uma educação para a morte que possibilite lidar com essa situação tão temida e repleta de crenças firmadas pelo convívio sociocultural e familiar (MELO et al., 2013, p. 465).

Ao serem indagados sobre o aprendizado com as experiências vivenciadas com os pacientes, observa-se o aprendizado de vida, de amor, de compaixão, de respeito com o outro e com a vida, a necessidade de viver intensamente cada dia, cada momento como sendo único. “Cada situação vivida é nova, se aprende com cada paciente uma forma de lidar com a morte, se falar de morte é fácil, difícil é viver ela.”

É notório que todos os profissionais de psicologia contribuem com o paciente e seus familiares na compreensão do doente/morte, atuando como um mediador para que haja uma compreensão deste processo, tanto por parte do paciente como por parte da família, minimizando o sofrimento e auxiliando todos, pois de acordo com uma das profissionais uma escuta respeitosa contribui e muito para a minimização do sofrimento.

Nesse sentido, “uma das atuações possíveis do psicólogo é a escuta clínica ao paciente a fim de ajudá-lo a reconhecer e transformar a forma de “olhar” que traz prejuízo e sofrimento” (FERREIRA et al., 2011, p. 87). Os mesmos autores citam ainda que oferecimento de suporte à família facilita a compreensão do processo da doença em todas as fases, e ainda diminui o choque que os sintomas psicológicos do doente trazem a mesma.

De acordo com Ross et al. (2014) é muito complexo o fato de um ente querido encontrar-se com diagnóstico terminal. Todos os envolvidos, enfermo, família e amigos passam por muitos sentimentos e a função do psicólogo nestes casos é fazer com que estes anseios sejam explorados, buscando amenizar a dor e a aceitação.

Os psicólogos hospitalares diante dos pacientes terminais observam que as reações se repetem como se eles tivessem um *script* a representar após o diagnóstico de que a doença é irreversível. Alguns adquirem força, fé e lutam pela cura e pela vida, incrédulos da doença. Outros reagem de forma totalmente diversa, entram em depressão e se entregam a doença esperando a morte chegar (RODRIGUES, SOUZA, 2015, p. 03).

Importante enfatizar que tal trabalho possui grande contribuição para a vida pessoal e profissional e entre as contribuições, citam as entrevistadas o respeito ao próximo, a dor

individual de cada um, o crescimento individual e maturidade, a certeza de estar no lugar certo e na profissão certa, bem como a compreensão e aceitação da morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa realizada, verificou-se que o trabalho de uma equipe multidisciplinar com a inserção de um profissional de psicologia nos cuidados paliativos ao paciente em fase terminal possui grande contribuição para este e todos os envolvidos. Observou-se que dentre os serviços prestados pelo psicólogo hospitalar o foco principal é compreender o paciente acerca do adoecimento, minimizando o seu sofrimento emocional e de sua família, recuperando a esperança e buscando que estes sejam compreendidos de uma forma mais humanizada, conduzindo todos a novas percepções e sensações. Desta forma é de fundamental importância o olhar de complementaridade da psicologia para que haja um atendimento integral e humanizado à todos os envolvidos.

Destaca-se que o fato do paciente ser diagnosticado com uma doença terminal, traz muitas aflições e afeta a capacidade de todos em suportar um diagnóstico irreversível, tornando-se a morte inevitável.

No decorrer do trabalho foi possível verificar que a falta de esperança, a solidão e o medo da morte presentes na rotina destes pacientes o que faz com que estes passem por alguns estágios: (a) Negação e isolamento (quando o paciente nega a gravidade da situação); (b) Raiva: (manifestadas sobre aqueles que estão mais próximos); (c) Barganha (tentativa de adiamento); (d) Depressão (quando a debilidade aumenta); (e) Aceitação (quando a morte está muito próxima). Lembrando que em todas as fases persiste a esperança de melhora, conduzindo o paciente a suportar este momento.

Importante relatar que durante a pesquisa com os profissionais de psicologia hospitalar observou-se que a técnica utilizada no tratamento de cada paciente depende do caso/situação que este se encontra, porém, sempre favorecendo a verbalização, os cuidados paliativos, o aconselhamento aos familiares, o apoio de todos de maneira emocional, buscando a compreensão da morte.

Verificou-se que as maiores necessidades/dificuldades encontradas pelos psicólogos hospitalares ainda é a necessidade de preparação para a morte, pois apesar de ser algo natural, em que todos um dia irão enfrentar ainda causa medo nos indivíduos, por este motivo acredita-se que mais tempo de atendimento ao paciente terminal pudesse ajudar a enfrentar este período de desesperança.

Outra questão que acredita-se ter fundamento é o fato de uma atualização constante, na busca por melhores condições físicas e psíquicas do paciente, buscando estratégias para ajudá-lo a enfrentar intensas experiências emocionais, mantendo o foco no paciente, haja vista que é notório a sua contribuição na compreensão do doente/morte.

Presume-se ainda que não há estudos suficientes que identifiquem e apontem a rotina, a frequência e o tempo de duração do atendimento nestes casos, assim acredita-se que o tema ainda será muito explorado e pesquisado para que assim se promova a cada atendimento, a cada paciente uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI, V. A.; CHIATTONE, H. B. C.; NICOLETTI, E. A. **O Doente, a Psicologia e o Hospital**. Pioneira, São Paulo: 1996.

ANTÃO, Michelle Venturini. **A Contribuição do Psicólogo no Cuidado ao Paciente Hospitalizado**. Disponível em: http://www.michelleventurini.com.br/Michelleventurini/Artigos/Entradas/2010/2/28_A_Contribuicao_do_Psicologo_no_Cuidado_ao_Paciente_Hospitalizado.html. Acesso em outubro de 2016.

BRASIL. **Manual de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 32 p.

CALLANAN, M.; KELLEY, P. **Gestos Finais: Como Compreender as Mensagens, as Necessidades e a Condição Especial das Pessoas que estão morrendo**. Tradução de Mirna Pinsky. São Paulo: Nobel, 1994.

CAMON, V. A. A. (org.). **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1995.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. Ver. Bras. Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar: A Atuação do Psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CHIATTONE, H. B. de C. **Prática Hospitalar. Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar**. Associação Brasileira de Psicologia da Saúde e Hospitalar. São Paulo: 2003.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. **Morte: Uma Visão Psicossocial**. Estudos de Psicologia 2006, 11(2), 209-216. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf>. Acesso em outubro de 2016.

DOMINGUES, G. R.; ALVES, K. de O.; CARMO, P. H. S. do; GALVÃO, S. da S.; TEIXEIRA, S. dos S.; BALDOINO, E. F. **A Atuação do Psicólogo no Tratamento de Pacientes Terminais e seus Familiares**. Psicol. hosp. (São Paulo) vol.11 no.1 São Paulo jan. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v11n1/v11n1a02.pdf>. Acesso em março de 2016.

FERREIRA, Ana Paula de Queiroz; LOPES, Leany Queiroz Ferreira; MELO, Mônica Cristina Batista de. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Rev. SBPH, Vol.14, n.2, Rio de Janeiro - Jul/Dez. – 2011**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a07.pdf>. Acesso em outubro de 2016.

FORTES, Daniele Linke. **Psicólogos e a Finitude Humana Vivenciada nos Hospitais**. Disponível em: http://busca.unisul.br/pdf/101059_Daniele.pdf. Acesso em março de 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Edição. São Paulo, 2008.

LEÃO, Nilza. Paciente Terminal e a Equipe Interdisciplinar, p.137-147, cap.9. In: ROMANO, Wilma Bellkiss (organizadora). **A Prática da Psicologia nos Hospitais**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

KUBLER – ROOS. E. **Sobre a Morte e o Morrer: O que os Doentes Terminais têm para Ensinar a Médicos, Enfermeira, Religiosos e aos seus Próprios Parentes**. 8 Ed. Tradução Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LANGE, Elaine Soares. **Contribuições à Psicologia Hospitalar: Desafios e Paradigmas.** (Org.). 1. ed.-São Paulo: Vetor, 2008.

LISBOA, M. L.; CREPALDI, M. A. **Ritual de Despedida em Familiares de Pacientes com Prognóstico Reservado.** Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 13, n. 25, junho 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v13n25/09.pdf>. Acesso em março de 2016.

MACIEIRA, R. C. **O Sentido da Vida na Experiência da Morte: Uma Visão Transpessoal.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MANZINI, Eduardo José. A Entrevista na Pesquisa Social. Didática, São Paulo. V. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia Científica.** 5ª Ed. – São Paulo: Atlas, 2003.

MELO, Anne Cristine de; VALERO, Fernanda Fernandes; MENEZES, Marina. **A Intervenção Psicológica em Cuidados Paliativos.** Psicologia, Saúde e Doenças, 2013, 14(3), 452-469. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n3/v14n3a07.pdf>. Acesso em outubro de 2016.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. **Paciente Terminal, Família e Equipe de Saúde.** Rev. SBPH. jun. 2009, vol.12, no.1, p.151-173, p.151-173. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a11.pdf>. Acesso em março de 2016.

MOREIRA, Emanuelle Karuline Correia Barcelos; MARTINS, Tatiana Milhomem; CASTRO, Marleide Marques de. **Representação Social da Psicologia Hospitalar para Familiares de Pacientes Hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. SBPH, vol.15, nº1, Rio de Janeiro jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v15n1/v15n1a09.pdf>. Acesso em março de 2016.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. **Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios.** RAC, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011.

QUINTANA, Alberto Manuel; KEGLER, Paula; SANTOS, Maúcha Sifuentes dos; LIMA, Luciana Diniz. **Sentimentos e Percepções da Equipe de Saúde frente ao Paciente Terminal.** Paidéia (Ribeirão Preto) Vol.16, n° 35, Ribeirão Preto Sep./Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a12.pdf>. Acesso em abril de 2016.

REIS, Luiza Costa. **Agusvinnus Criminalização do Suicídio Assistido: Violação da Dignidade da Pessoa Humana.** Buenos Aires. n.1, p.136-169. Enero. 2015.

RODRIGUES, Eliane Souza Rodrigues; SOUZA, Mônica Maria Martins de. **A Inclusão dos Pacientes em Estado Terminal pelo Viés da Atuação da Psicologia Hospitalar.** Anais do II Seminário Internacional de Integração Étnico-Racial e as Metas do Milênio, Vol. 1, N° 2, 2015.

SILVA, Carolini Graciela; COTA, Lucas Indalêncio; VIEIRA, Rodrigo Ortega; ARRAZÃO, Vanessa Debacher; CYRINO, Luiz Arthur Rangel. **Doenças Terminais, Conhecimento Essencial para o Profissional da Saúde.** *Psicologia Argumento*, Curitiba. v.31, n.72, p.137-144. Jan. /mar. 2013.

SILVA, Leda Pibernat Pereira; TONETTO, Aline Maria Tonetto; GOMES, William B. **Prática Psicológica em Hospitais: Adequações ou Inovações? Contribuições Históricas.** Boletim Academia Paulista de Psicologia – Ano XXVI, n° 3/06: 24-37, 2006.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença.** 1ª Reimpressão, Editora Casa do Psicólogo, 2011.

THUCHARTE, Fernanda Alves Rodrigues; KNIJNIK, Rosa Berger; SEBASTIANI, Ricardo Wener; ANGERAMI, CAMON, Valdemar Augusto (organizador). **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática.** 2. Ed. Revista e ampliada – São Paulo: Cengage Learning, 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, Lamarquiliania Neiler Laceda. **A Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar**. Novembro, 2010. Disponível em: <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-atuacao-do-psicologo-no-contexto-hospitalar>. Acesso em abril de 2011.