



INSTITUTOS SUPERIORES DE ENSINO DO CENSA
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E DA
SAÚDE CURSO DE PSICOLOGIA

UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO PERPASSANDO
PELOS CUIDADOS PALIATIVOS ATÉ A MORTE

Por

Kassilma de Souza Gomes Lima
Laura Rangel da Silva Siqueira

Campos dos Goytacazes - RJ
Outubro / 2021



INSTITUTOS SUPERIORES DE ENSINO DO CENSA
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E DA
SAÚDE CURSO DE PSICOLOGIA

UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO PERPASSANDO
PELOS CUIDADOS PALIATIVOS ATÉ A MORTE

Por

Kassilma de Souza Gomes Lima
Laura Rangel da Silva Siqueira

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado em cumprimento às exigências
para a obtenção do grau no Curso de
Graduação em Psicologia nos Institutos
Superiores de Ensino do CENSA.

Orientadora: Scheilla Maria Ribeiro Rocha Ferreira

Campo dos Goytacazes - RJ
Outubro / 2021

Ficha Catalográfica

Lima, K. S. G & Siqueira, L. R. S.

Um estudo sobre o processo de hospitalização perpassando pelos cuidados paliativos até a morte. - Campos dos Goytacazes (RJ), 2021.

36p.

Orientador: Scheilla Maria Ribeiro Rocha Ferreira
Graduação em (Psicologia) - Institutos Superiores de Ensino do
CENSA, 2021.

1. Hospitalização. 2. Psicologia Hospitalar. 3. Cuidados Paliativos.

I. Título.

CDD

UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO PERPASSANDO
PELOS CUIDADOS PALIATIVOS ATÉ A MORTE

Por

Kassilma de Souza Gomes Lima
Laura Rangel da Silva Siqueira

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado em cumprimento às exigências
para a obtenção do grau no Curso de
Graduação em Psicologia nos Institutos
Superiores de Ensino do CENSA.

Aprovada em ____de _____ de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Roberto Carvalho Alves Filho, Mestre - UERJ

Maria de Fátima Leite Ferreira, Mestre UFG

Orientador: Scheilla Maria Ribeiro Rocha Ferreira, Especialista - ISECENSA

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todos os enfermos, para que tenham uma hospitalização serena seguida de uma boa morte, vivenciando toda a humanização merecida pelo ser humano, sentindo-se completos e pertencentes a um mundo e recebendo uma prática profissional mais humanizada. Que os indivíduos percebam que o único sentimento capaz de proporcionar algo parecido é o amor.

“Todo interesse na doença e na morte é, em verdade, apenas uma outra expressão do nosso interesse na vida.”

Thomas Mann, A montanha mágica

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades me possibilitando concretizar mais um dos meus sonhos.

Ao meu marido André Luiz, por todo apoio e dedicação à nossa família na minha ausência. Gratidão eterna!

Ao meu filho André, por sempre me incentivar e me ajudar quando solicitado. Ao meu filho Caio que foi minha maior inspiração. Amo vocês!!

A Maria José, por todo carinho comigo, sendo minha grande incentivadora a voltar aos estudos.

À psicóloga Valéria por me ouvir durante este período, ajudando-me a enfrentar meus medos e a prosseguir na realização deste sonho.

Aos meus orientadores, Scheilla Ferreira e Maria de Fátima, pela oportunidade de dividir com vocês um momento tão importante em minha vida. Obrigada pela orientação e pelo apoio com o desenvolvimento do trabalho.

Ao professor Roberto, por aceitar participar da nossa banca e por ter sido um professor admirável.

Ao ISECENSA, por me proporcionar a oportunidade de realização de um grande sonho.

Aos colegas, Anna Luísa, Bianca, Giulia, Luma e Miguel por caminharem comigo durante esta etapa de minha vida.

À minha amiga Laura que foi minha companheira durante todo o curso e minha parceira na construção deste trabalho.

Kassilma de Souza Gomes Lima

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar os meus caminhos, sem Ele eu nada seria. À minha família, pelo carinho, amparo e por acreditarem em mim. Ao meu irmão, por ser meu maior parceiro e abrigo para os momentos difíceis. À minha avó, que não está mais entre em nós, mas que sempre foi meu grande amor e minha maior inspiração. Ao meu namorado, por todo amor, apoio, dedicação e incentivo. À Kassilma, de modo muito especial, por ser peça fundamental nessa minha trajetória, agradeço por todo carinho, ajuda e por sempre acreditar no meu potencial, você é um grande presente de Deus na minha vida. Aos meus amigos, por estarem ao meu lado e ajudarem a tornar o caminho mais leve. E por fim, aos meus orientadores, pela dedicação e trabalho incansáveis durante toda a graduação, obrigada por dividirem comigo este momento tão importante.

Laura Rangel da Silva Siqueira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - REVISÃO DE LITERATURA	8
1 O Processo de Hospitalização e suas Implicações	8
1.1 A Importância dos Cuidados Paliativos	8
1.2 A Morte e o Processo de Luto	8
CAPÍTULO 2 - ARTIGO CIENTÍFICO	8
1 INTRODUÇÃO	8
2 METODOLOGIA	8
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	8
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	8
5. REFERÊNCIAS	29
CAPÍTULO 3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8

CAPÍTULO 1 - REVISÃO DE LITERATURA

1 O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO E SUAS IMPLICAÇÕES

Para uma boa compreensão do processo de hospitalização, faz-se necessário trazer informações acerca da inserção do psicólogo no contexto hospitalar. De acordo com Gorayeb (2001), não existia um modelo de trabalho delimitado para a atuação do psicólogo no ambiente hospitalar, portanto, na década de 1960, quando houve a introdução desses serviços, os psicólogos começaram a atuar com a repetição de práticas clínicas ou até mesmo como coparticipantes nas práticas dos profissionais da psiquiatria.

A tentativa do uso de práticas clínicas no hospital não deu certo, pois não atenderam às demandas do paciente. Gorayeb (2001) ressalta que o uso da prática clínica no ambiente hospitalar não elucida informações necessárias para a demanda específica do paciente internado, já que o perfil desse paciente é distinto daquele que procura o psicólogo por demanda espontânea.

Ao trabalhar com a psicologia dentro do hospital, não se deve esquecer que as demandas psicológicas ali encontradas estão associadas aos acometimentos físicos do paciente. Isso não significa que a demanda psicológica é secundária,

mas sim que ao associar o sofrimento psicológico ao sofrimento físico, neste contexto, há maiores possibilidades de eficácia no tratamento (GORAYEB, 2001, p. 263).

Até que a profissão do psicólogo fosse regulamentada, afirma Gorayeb (2001), a atuação médica não necessitava do trabalho conjunto de outros profissionais dentro do hospital. Com o tempo, não só a psicologia, mas outras profissões cresceram e começaram a obter espaço de trabalho no ambiente hospitalar.

A partir disso, houve a introdução das equipes multidisciplinares. Essas equipes, de acordo com Boon et al. (2004), pautam suas atuações nas diferentes áreas de conhecimento e especialidade, para fornecer os cuidados de saúde adequados aos pacientes, mas ainda eram práticas individuais.

Gorayeb (2001) afirma que, posteriormente, houve a necessidade da criação das equipes interdisciplinares, que caracterizam seu trabalho na interação da equipe e na integração do trabalho, visando maior qualidade de vida para os pacientes e maior eficácia nos tratamentos.

Portanto, segundo Gorayeb (2001), a atuação do psicólogo é de alta relevância para promover harmonia efetiva entre a equipe, em prol da relação satisfatória dessa equipe com o paciente. Além disso, o psicólogo apoia, esclarece e informa esse paciente sobre sua patologia e também sobre seu prognóstico. Mas vale ressaltar que é preciso ter atenção, para que as informações cheguem ao paciente através de uma linguagem simples e de fácil entendimento.

Além disso, as ações desenvolvidas pelo psicólogo, devem ser elencadas a partir de uma análise minuciosa das demandas e do ambiente em que o paciente se encontra, para que, a partir disso, o trabalho seja realizado com êxito (GORAYEB e RANGE *apud* GORAYEB, 2001).

Goidanich e Guzzo (2012) enfatizam que a atuação do psicólogo hospitalar é voltada para a escuta ativa das aflições dos pacientes. Além disso, estimula o olhar do sujeito para quem ele é e não pela sua patologia, dando a ele espaço para valorização da sua subjetividade.

O psicólogo deve mostrar ao paciente possibilidades para além da doença. Isso implica ao paciente o reconhecimento de suas fraquezas, suas potencialidades, suas reações, sua doença e as condutas frente a ela, para que possa aprender a lidar com situações de crise e a aliviar o sofrimento (CAMPOS *apud* GOIDANICH e GUZZO, 2012).

Portanto, o trabalho do psicólogo auxilia na descoberta de novas possibilidades de enfrentamento para a hospitalização e para a patologia, como também fornece espaço para o desenvolvimento de um novo olhar para as experiências vividas (GOIDANICH e GUZZO, 2012).

Uma das consequências do processo de hospitalização é a despersonalização do paciente. Goidanich e Guzzo (2012) enfatizam que, ao adoecer e ser hospitalizado o indivíduo passa por diversas alterações em sua rotina, mesmo sem vontade. Passa a não direcionar mais as suas ações, tendo sempre quem faça por ele.

Imanishi e Silva (2016) apontam a despersonalização como caracterizada pela perda da identidade, já que o paciente passa a ser visto como sua patologia e o foco é a doença e não o sujeito subjetivo no processo de adoecimento. O paciente hospitalizado fica distante de tudo aquilo que o agrada e o identifica, e isso é uma condição própria da internação. Há processos que contribuem efetivamente para a despersonalização do paciente, são eles:

- Quebra da rotina e produtividade na vida do paciente, além do ambiente não familiar e desconhecido que ocasiona estranhamento, não havendo referência pessoal;
- Institucionalização do sujeito, gerando desconforto e angústia, pois o mesmo é obrigado se submeter às regras, normas e horários impostos;
- Perda da autonomia: seu corpo fica suscetível e vulnerável ao outro devido aos procedimentos invasivos que sofre;
- Tratamento não humanizado devido a equipes de saúde olharem para o paciente não como um sujeito em sua completude, mas como portador da doença "X", uma visão técnica da doença somente (ISMAEL *apud* IMANISHI e SILVA, 2016, p. 50).

Ao adoecer, o sujeito passa a possuir um novo olhar sobre as coisas que antes pareciam ser comuns e desinteressantes. A apreciação dos detalhes torna-se uma atividade de grande prazer, o que não ocorre nas pessoas sadias, que muitas vezes estão preocupadas na busca pelo progresso e apreciação,

esquecendo-se da importância das coisas simples (ALBERTO *apud* GOIDANICH e GUZZO, 2012).

Goidanich e Guzzo (2012) salientam que, os pacientes hospitalizados passam a valorizar a vida como não faziam antes. Passam a dar importância aos laços afetivos e a momentos simples, além de minimizar seus problemas frente a outros mais graves.

1.1 A Importância dos Cuidados Paliativos

A partir dos avanços médicos e tecnológicos no cuidado à saúde, instaurou-se uma ideologia de salvar vidas e a ideia do cuidado foi confundida com a da cura. Desse modo, a morte passa a ser vista como um fracasso, algo que deve ser evitado, sendo esse um pensamento que reflete nas ações de saúde. Porto e Lustosa (2010) salientam que o tabu da morte acaba por impedir a realização de procedimentos mais humanizados e significativos no contexto da saúde contemporânea. Nesse contexto, o paliativismo contribui preconizando a aceitação da condição humana do morrer e fornecendo ao paciente e familiares possibilidades fora da cura e de entendimento da finitude humana, enxergando a morte como um ciclo final de vida (MELO et al., 2013).

O termo “cuidados paliativos” é utilizado para designar a ação de uma equipe multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. A palavra “paliativa” é originada do latim *palliun* que significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe. Os cuidados paliativos pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. O paciente em estado terminal deve ser assistido integralmente, e isto requer complementação de saberes, partilha de responsabilidades, onde demandas diferenciadas se resolvem em conjunto (HERMES e LAMARCA, 2013, p. 2578 - 2582).

Em seu artigo “Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde”, Hermes e Lamarca (2013) expõem, em conformidade com o Manual dos Cuidados Paliativos, que inicialmente foi criado os hospícios que abrigavam viajantes doentes que necessitavam de cuidados, e assim, conseqüentemente, Cicely Saunders em 1967 fundou o Saint Christopher Hospice, no Reino Unido. Essa instituição passou a prestar assistência de forma integral aos pacientes, atuando desde o controle dos sintomas até alívio da dor e do sofrimento

psicológico. Dessa maneira, surgiu “uma nova filosofia” no cuidado dos pacientes terminais.

A Organização Mundial da Saúde – a OMS (2002), define os Cuidados Paliativos como ações ativas e integrais prestadas a pacientes com doenças progressivas, irreversíveis e familiares. Tem como prioridade a prevenção e o alívio do sofrimento psíquico, físico, social e espiritual através de controle da dor e dos sintomas. Os cuidados paliativos (CP) também podem ser administrados em doentes terminais, que se referem aqueles pacientes cujo prognóstico de sobrevida é inferior a seis meses (MELO et al., 2013).

Diante do conceito de cuidados paliativos pode-se ressaltar alguns princípios que permeiam a prática e a garantia desses cuidados, tais como: a) manejo da dor; b) os CP afirmam a vida e compreendem a morte como um processo natural; c) não apressam nem adiam a morte; d) integram aspectos psicológicos e espirituais; e) ofertam suporte aos familiares do paciente; f) a família é entendida como uma unidade, juntamente com o paciente; g) os CP exigem uma abordagem inter e multidisciplinar (trabalho em equipe); h) os cuidados objetivam aprimorar a qualidade de vida; i) são aplicáveis e recomendados desde o estágio inicial da doença, concomitantemente com as modificações da patologia e terapias que prolongam a vida (PESSINI, 2016 *apud* LIMA et al., 2019, p. 92-93).

Seguindo de acordo com Melo et al. (2013), os pacientes dos cuidados paliativos experimentam diversas perdas ao longo do tratamento, estando expostos aos efeitos colaterais que podem acarretar desconfortos e frustrações ao sujeito, bem como alterando o seu humor, sua funcionalidade e sua capacidade de lidar de forma adequada à situação. Assim, corroborando com Menezes (2003 *apud* HERMES e LAMARCA, 2013), um novo modelo contemporâneo surge, a “boa morte”, levando a equipe de saúde a atuar a partir de uma nova perspectiva.

Os profissionais passam a assistir o paciente até os seus últimos momentos, buscando o quanto possível minimizar sua dor e desconforto e semelhantemente proporcionar suporte emocional e espiritual para a família e amigos envolvidos. Os autores Hermes e Lamarca (2013) ainda destacam que a filosofia da morte contemporânea é marcada pelo empenho dos profissionais em tornar o fim da vida do paciente em um momento digno, em assisti-lo até seu último suspiro, dar voz ao mesmo, permitir escolhas, principalmente do lugar onde deseja morrer.

Melo et al. (2013) refletem que no ambiente hospitalar e para os profissionais da saúde existe a dificuldade de reconhecer e aceitar a morte como um processo natural, pois esse pensamento viola as regras implícitas e explícitas que regem o cotidiano desse ambiente e desses profissionais, haja vista que esse cenário é visto como “um lugar da vida, da potência e da cura”. Dessa maneira, em caso de doentes terminais, faz-se necessário que a decisão do local de morte e outras questões sejam discutidas de forma respeitosa com a família, paciente e equipe, levando em conta a estrutura familiar e a rede de apoio do paciente.

Sendo assim, é de extrema importância proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para a expressão de sentimentos e pensamentos, pois tanto a família como o sujeito adoecido vivenciam diversos medos. O paciente e seus familiares/cuidadores experimentam diversos medos ao longo do tratamento e próximo da morte, vivenciando muitas vezes esses medos, por meio do olhar dos outros, das perguntas não feitas e das respostas evitadas (MELO et al., 2013).

Como bem pontua Othero e Costa (2007 *apud* FERREIRA et al., 2011), a empatia e a escuta acolhedora verbal e não-verbal são essenciais ao trabalho do psicólogo pois permite que o paciente possa confrontar com seus conteúdos internos, suas angústias e sentimentos, para que a partir daí inicie o processo de aceitação, elaboração e superação no que diz respeito ao adoecimento. A escuta permite ao psicólogo identificar as reais demandas do paciente.

Logo, a base da intervenção psicoterapêutica com pacientes terminais, segundo Breitbart (2009 *apud* MELO et al, 2013) consiste no apoio e no não-abandono, tais conceitos básicos são universais e visam proporcionar para os referidos pacientes a possibilidade de atingir um senso de aceitação da vida vivida e assim, de aceitação da morte. Destaca-se ainda em consonância com Melo et al. (2013) que o psicólogo deve possuir um contato direto com toda a equipe da unidade de CP, pois é este intercâmbio interdisciplinar que possibilitará que o profissional da psicologia colete todas as informações necessárias do paciente e família, promovendo uma intervenção de qualidade e eficácia.

O psicólogo, diante da terminalidade humana, busca a qualidade de vida do paciente, amenizando o sofrimento, ansiedade e depressão do mesmo diante da morte. A atuação do psicólogo é importante tanto no nível de

prevenção, quanto nas diversas etapas do tratamento. O trabalho do psicólogo em cuidados paliativos consiste em atuar nas desordens psíquicas que geram estresse, depressão, sofrimento, fornecendo um suporte emocional à família, que permita a ela conhecer e compreender o processo da doença nas suas diferentes fases, além de buscar a todo tempo maneiras de o paciente ter sua autonomia respeitada. A escuta e o acolhimento são instrumentos indispensáveis ao trabalho do psicólogo (HERMES e LAMARCA, 2013, p. 2582-2583).

Partindo da ideia de Ferreira et al. (2011), o profissional da psicologia deve ter o cuidado de não ser mais um elemento invasivo no processo de tratamento do paciente, pelo contrário, ele deve ser um facilitador visando o doente e não a doença e sobretudo a promoção da qualidade de vida e não “o prolongamento infrutífero do seu sofrimento.” Assim, Porto e Lustosa contribuem sobre a psicologia hospitalar nesse contexto ao escreverem: entende-se ser a psicologia hospitalar uma ferramenta em cuidados paliativos necessária não com o intuito de “salvar vidas”, mas sim em proporcionar “boas mortes” a partir de uma humanização do morrer (PORTO e LUSTOSA, 2010, p. 7).

Faz-se necessário uma humanização hospitalar, pois devido à condição do adoecimento, o sujeito se encontra fragilizado tanto fisicamente como psicologicamente, dessa maneira, por meio da prática hospitalar, deve-se explorar o ser humano de forma abrangente, levando em consideração o seu modo de existir e buscando assegurar a sua dignidade e o respeito por seus direitos, sua liberdade e o seu bem-estar, sendo fatores que devem ser olhados e cultivados na relação entre o doente e os profissionais de saúde (PORTO e LUSTOSA, 2010).

Há que se mostrar os cuidados paliativos no resgate do humanismo perdido nas modernas ações da saúde, cheias de tecnologia e de eficácia curativa, mas tristemente sem significado no que diz respeito à empatia, ao amor, à afetividade, ao calor humano e, portanto, incapazes de eficácia integral no consolo ao sofrimento do indivíduo. A este papel, dentre outros, se propõe a psicologia hospitalar frente a sua participação em cuidados paliativos. O olhar ao paciente, como sujeito de uma vida e história e não como prisioneiro de uma doença, talvez seja o componente mais importante das práticas de saúde, pois, mesmo que esta doença seja incapacitante, crônica e limitante, sempre haverá possibilidade de resgate, adaptação e de manutenção da dignidade e qualidade de vida. (PORTO E LUSTOSA, 2010, p. 78-79).

A vista disso, pode-se refletir com base no pensamento de LIMA et al. (2019) que a morte não deve ser vista nem tratada como uma doença, por conseguinte, o conceito de Cuidados Paliativos não deve ser interpretado como uma conotação negativa, sendo esta uma visão mais arcaica e equivocada deste modelo de

atuação. Os autores destacam um pensamento interessante de Cecily Saunders, que muito auxilia na compressão da importância e da essência da filosofia dos Cuidados Paliativos, “afirma eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da morte” (SAUNDERS, 1976, p.1003 *apud* LIMA et al).

1.2 A Morte e o Morrer

De início, é importante destacar que, cada vez mais, observamos que se vem investindo em tecnologias para combater a morte e, muitas vezes, não se considera os aspectos emocionais envolvidos (BRAGA e QUEIROZ, 2013 *apud* CARVALHO e MARTINS, 2015). A autora Maria Julia Kovács (2005) no artigo *Educação para a Morte* expõe que embora o desenvolvimento da tecnologia médica, os diagnósticos e tratamentos estejam cada vez mais sofisticados e proporcionando um prolongamento da vida, nem sempre temos a garantia da qualidade desta.

Conforme Kovács (2005), torna-se de extrema necessidade falar sobre a morte, uma vez que está ligada ao fato de que, ao se falar sobre o tema, estamos falando de vida e da qualidade da mesma. A autora reflete que existe, no ser humano, o desejo de sentir único, criando obras que não permitam o seu esquecimento, dando a ilusão de que a morte e a decadência não ocorrerão. Essa couraça de força é uma mentira que esconde uma fragilidade interna, a finitude e a vulnerabilidade.

Segundo Carvalho e Martins (2015), o ser humano não está preparado suficientemente para se deparar com o fim de sua vida e a dos seus entes queridos. Muitas vezes, negar a morte passa a ser uma alternativa, todavia, esse comportamento gera sofrimentos, não só para o paciente como também para todas as pessoas envolvidas nessa trajetória. Igualmente, os profissionais de saúde também encontram diversas dificuldades nesse contexto, sendo elas geradas tanto pelas suas formas de representação da morte e do morrer quanto como pela falta de preparo para lidar com o tema.

A morte se constitui como um fenômeno único e individual, onde se encerra o ciclo biológico e somente é vivido por quem está morrendo. O conceito de morrer se caracteriza como um processo que ocorre ao longo da vida (ARAÚJO e VIEIRA, 2004 *apud* FERREIRA e WANDERLEY, 2012). Ainda hoje, a nossa cultura trata a terminalidade como algo tenebroso e que torna finita a existência, não sendo considerada apenas como a última fase da vida humana (CARVALHO; MARTINS, 2015). Dessa forma, os autores apontam a importância do psicólogo hospitalar neste âmbito:

O psicólogo hospitalar tem uma atuação diferencial dentro da equipe multidisciplinar. Seu trabalho pode impactar positivamente no enfrentamento da patologia e a fase terminal, auxiliando pacientes a serem ouvidos e possibilita a reintegração do sujeito adoecido a sua própria vida. Além disso, pode auxiliar os familiares que acompanham o paciente e a equipe de saúde a lidarem com a situação. (CARVALHO e MARTINS, 2015, p. 140).

Seguindo nesse pensamento, Kovács (2005), no artigo *Educação para a morte*, frisa que discutir temas relacionados à morte e ao morrer dentro dos hospitais é de fundamental importância.

Entre os principais temas que merecem debate, estão: morrer com dignidade, pedidos para morrer, testamentos em vida, não implantação ou não manutenção de tratamentos com objetivo de prolongamento de vida, eutanásia, distanásia, suicídio assistido, sedação, uso de analgesia. A maioria dos hospitais tem os seus comitês de ética, favorecendo a criação de espaços de discussão, enfatizando sua característica multidisciplinar, estimulando o questionamento, a ampliação da discussão, o olhar sob vários ângulos, desencorajando respostas rápidas e simplistas, respeitando-se os princípios da bioética, observando-se várias visões sobre um mesmo tema, aceitando-se as diferenças, hierarquia dos conflitos, buscando-se a definição dos termos e a clarificação da situação sob discussão (KOVÁCS, 2005, p. 490).

Ao citar o luto, inevitavelmente se fala em tristeza, mas essa tristeza pode ser vivenciada de diversas formas pelas pessoas e, para compreender, leva-se em consideração a civilização, a cultura do sujeito enlutado, a sua religião e idade (ZWIELEWSKI e SANT´ANA, 2016, p. 228). Em consonância com Malkinson (2010 *apud* ZWIELEWSKI e SANT´ANA, 2016) entende-se que o luto e a morte possuem diferentes significados já que acontecem em diferentes contextos culturais, mas deve-se compreender que a morte é um episódio universal e o luto uma reação natural.

No processo de luto normal, as reações são conhecidas por serem intensas imediatamente após a perda e diminuírem ao longo do tempo; mas também acontece de as pessoas não se encontrarem prontas para lidar com a finitude da vida humana, e a falta de aceitação do rompimento desse vínculo afetivo pode passar de um luto normal para um luto patológico. O luto normal é uma resposta saudável à perda do ente querido e implica na capacidade saudável de as pessoas enlutadas expressarem essa dor por meio do reconhecimento da perda, reajustarem-se e realizarem novos investimentos em nível de relações. Mas, quando essas capacidades de lidar com a perda são escassas, pode-se perceber o sofrimento por meio dos sintomas, que se manifestam vinculados à negação e à repressão à ideia da perda (PARKES, 1998 *apud* ZWIELEWSKI e SANT'ANA, 2016, p. 228).

De forma interessante, Kovács (2005) adentra semelhantemente nesse assunto pontuando que negar a morte é tida como uma das formas de não entrar em contato com as experiências dolorosas. A autora expõe que: “a grande dádiva da negação e da repressão é permitir que se viva num mundo de fantasia onde há ilusão da imortalidade” (KOVÁCS, 2005, p. 494). Assim, tentar combater a morte pode até gerar uma ideia de força e controle, contudo quando o ser humano sofre perdas sem a possibilidade de elaboração do luto, quando não há permissão para expressar a tristeza e a dor, graves consequências podem ser ocasionadas como a maior possibilidade de adoecimento.

Em seu artigo *Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer*, Kovács (2008) ainda faz menção que os fatores do processo de luto, como a negação e a repressão ligadas à perda e à dor, podem sofrer uma exacerbação pelo fator cultural que muitas vezes impõe que as pessoas se controlem, não se manifestem e que vivam como se a morte não existisse.

Segundo Parkes (1998 *apud* KOVÁCS, 2008), é preciso muito cuidado para não classificar de forma precoce os processos de luto como disfuncionais, quando esses não seguem estágios ou etapas já pré-estabelecidas. Kovács ainda complementa essa ideia ao dizer que não existem padrões para definir quando um ou outro processo está se instalando, deve-se ser levado em conta igualmente a maneira de ser das pessoas e suas formas de lidar com situações de crise.

Há uma tendência para “adequar” as pessoas, buscando-se normatização, o que não permite que elas possam viver sua tristeza. Podem ocorrer distorções que afetam a expressão do luto, como o adiamento, inibição ou cronificação do processo. O tipo de morte pode afetar a forma de elaboração do luto. Suicídios e acidentes são as mais graves, pelos aspectos da violência e culpa que provocam. Por outro lado,

as mortes de longa duração, com muito sofrimento podem também ser desgastantes (KOVÁCS, 2008, p. 460).

Seguindo em harmonia com Hennezel (2001 *apud* KOVÁCS, 2008), as mortes lentas e em processos crônicos, por sua vez, também causam dor e sofrimento. Com o aumento do tempo de vida, também daqueles com doenças lentas e degenerativas, observamos como resultado longos processos de morte em que os pacientes passam a experimentar um grande desgaste físico e psíquico tanto para ele como para os seus cuidadores, que também precisam lidar com o sofrimento de perda da pessoa que conheciam, complicando o processo do luto. Assim, neste contexto, podem ocorrer sentimentos ambivalentes, tristeza pela perda e raiva pelo abandono, desejo da morte para alívio do sofrimento, que pode provocar culpa, podendo serem estes fatores de risco para o luto complicado.

CAPÍTULO 2 - ARTIGO CIENTÍFICO

UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO PERPASSANDO PELOS CUIDADOS PALIATIVOS ATÉ A MORTE

Kassilma de Souza Gomes Lima^{1}, Laura Rangel da Silva Siqueira^{1**} & Scheilla
Maria Ribeiro Rocha Ferreira^{2***}.*

RESUMO

O presente artigo surgiu da necessidade de trazer à tona a vivência do sujeito adoecido em seu processo de hospitalização. Para que isso fosse possível, foram elucidados conceitos que envolvem a hospitalização, os cuidados paliativos, a morte e o morrer. De modo que fosse possível clarificar a prática da psicologia hospitalar dentro desse contexto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, sendo usada a metodologia de revisão bibliográfica. Foi observado durante o estudo que o processo de hospitalização traz sofrimentos e

prejuízos significativos para a vida do sujeito, de modo que atinge também seus familiares e os profissionais da área da saúde. Sendo assim, entendeu-se a importância de obter-se um novo olhar para o sujeito adoecido, para que seja dedicado a ele atenção e cuidados necessários durante seu processo de internação, objetivando oferecer qualidade de vida e alívio dos sintomas, e para que apesar da doença, seus dias sejam vivenciados de uma maneira melhor.

Palavras-chave: Hospitalização; Psicologia Hospitalar; Cuidados Paliativos

ABSTRACT

This article arose from the need to bring to light the experience of the sick person in their hospitalization process. For this to be possible, the concepts involving hospitalization, palliative care, death and dying were elucidated. So that it was possible to clarify the practice of hospital psychology within this context. This is a qualitative research, using the literature review methodology. It was observed during the study

that the hospitalization process brings suffering and harm to the subject's life, so that it also affects their families and health professionals. Thus, it was understood the importance of obtaining a new look at the sick subject, so that attention and care can be dedicated to them during their hospitalization process, aiming to offer quality of life and symptom relief, so that despite the disease, their days are experienced in a better way.

Key words: Hospitalization; Hospital Psychology; Palliative Care

¹ Graduanda em Psicologia pelos Institutos Superiores de Ensino do CENSA.

² Pós Graduação em Saúde Coletiva pelos Institutos Superiores de Ensino do CENSA.

(*) E-mail: kassilma@hotmail.com

(**) E-mail: laura.rangel991@gmail.com

(***) E-mail: scheillaferreira@isecens.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A Psicologia, dentro do contexto hospitalar, vem crescendo nos últimos anos. Sabe-se que este campo de intervenção é repleto de desafios e novas descobertas, pois seu olhar se direciona para o ser humano e sua subjetividade, estando imerso em um cenário de vivências angustiantes como a doença, a hospitalização e a possibilidade da morte. Tais questões podem gerar medos e conflitos para os sujeitos que, muitas vezes, não sabem lidar com esse momento da vida. E o intuito da psicologia ao adentrar o hospital é possibilitar um ambiente favorável para as expressões das aflições e emoções do paciente, além de proporcionar a ele um olhar para além da doença e uma intervenção voltada para o enfrentamento da sua patologia e hospitalização (GOIDANICH E GUZZO, 2012).

Dessa forma, a atuação do psicólogo se caracteriza como parte fundamental dentro do hospital, promovendo a escuta, acolhimento e intervenções adequadas para que tanto o paciente como a sua família e a equipe de saúde consigam atravessar a trajetória da doença de maneira mais favorável. A principal aspiração da Psicologia dentro do hospital, atuando em suas diversas dimensões, é propiciar uma maior qualidade de vida para todos ao envolvidos no processo de hospitalização. Goraybe (2001) aponta o papel relevante do profissional da psicologia para a harmonia da equipe, bem como para a amenização do sofrimento emocional do paciente e de seus familiares.

Os Cuidados Paliativos, por sua vez, apresentam-se como cuidados mais humanizados oferecidos a pacientes que se aproximam do fim da sua existência, desse modo, essa área surge pela necessidade de “abraçar” pacientes terminais que eram excluídos por não serem mais passíveis de serem curados diante do olhar da medicina. Assim, através de um cuidado integral, ressalta Hermes e Lamarca (2013), busca-se auxiliar os sujeitos em seus aspectos físico, mental, espiritual e social para que tenham a oportunidade de viver os seus últimos momentos de maneira saudável, humanizada e com estratégias de enfrentamento satisfatórias. O paliativismo, segundo Melo et al (2013), parte da ideia da aceitação da finitude da condição humana, entendendo que todos irão experimentar o fenômeno da morte, mesmo sendo de forma única e individual. Sendo assim, ela não deve ser associada a algo negativo que não deve ser falado ou discutido na sociedade. (ARAÚJO E VIEIRA, 2004 apud FERREIRA E WANDERLEY, 2012).

Carvalho e Martins (2015) ressaltam que a morte, por vezes, é um tabu criado socialmente, onde dialogar sobre o assunto gera estranheza e incômodo, porém compreendendo que a morte se constitui como um fenômeno natural e comum a todos, por isso surge a motivação de refletir e analisar sobre ela. Porto e Lustosa (2010) complementam que assim como o nascer, a morte faz parte do processo natural da vida do ser humano e o seu significado pode variar no decorrer da história e entre as diversas culturas.

Nos Cuidados Paliativos, ressalta Kovács (2005), o objetivo é encarar a morte de maneira natural, equilibrada e com a maior qualidade possível. Juntamente à família e a uma equipe multiprofissional, o paciente tem a oportunidade de viver o ciclo final da sua vida de forma mais humana, ou seja, sendo valorizado, ouvido, acolhido em seus desejos e vontades, mantendo a sua identidade preservada, não sendo reduzido a um paciente terminal como se não tivesse mais valor, mas sim sendo enxergado como um ser humano cheio de subjetividades e que ainda possui vida, precisando vivê-la com excelência e levando em consideração que “a qualidade da morte repete a qualidade da vida que se

teve, as considerações devem ir além da dimensão físico-biológica e da perspectiva médico-hospitalar incluindo os aspectos sociais e psicológicos do indivíduo” (FIGUEIREDO, 2008 apud PORTO E LUSTOSA, 2010, p. 86).

Com a possibilidade do morrer surge também a necessidade de enfrentar a morte, isso exige que um profissional capacitado possa oferecer o suporte essencial para a família do paciente, como também para todas as pessoas envolvidas neste processo. A morte e suas fases, de acordo com Kübler-Ross (2017), podem ser vivenciadas e compreendidas de diversas maneiras, cada ser humano reage a elas de uma forma distinta, evidenciando o quão complexo pode ser esse momento.

Isso posto, desenvolvemos esse estudo para melhor explorar e detalhar as temáticas apresentadas como os cuidados paliativos, a morte e de que modo a psicologia se insere nesse meio, buscando uma potencialização do recurso da humanização para que a subjetividade humana não se perca diante de um quadro patológico, envolto em intervenções mecanicistas de caráter biomédico presentes ainda no contexto hospitalar.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho trata de uma pesquisa qualitativa constituída por revisões bibliográficas. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre o ano de 1965 e 2019, que possuem relevância teórica no que diz respeito à prática da psicologia hospitalar, levando em consideração o trabalho dos cuidados paliativos, o acolhimento e a escuta oferecida ao paciente em seu processo do morrer. O critério de exclusão foram artigos que não tratavam de assuntos relacionados ao contexto hospitalar.

Vale ressaltar que a gama de opções para a escolha das bibliografias nesta temática foi muito vasta, não possuindo, portanto, dificuldades em encontrar materiais que servissem de subsídio para a realização do trabalho em questão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo Lisboa (2002 *apud* MOSIMANN e LUSTOSA, 2011), a palavra hospital foi originada do latim “hospitalis” que significa “ser hospitaleiro”, isso se justifica a partir do fato de que o hospital em seus primórdios era visto como um local onde servia para abrigar órfãos, viúvas, estrangeiros e demais pessoas necessitadas. Na antiguidade, os sacerdotes eram os responsáveis por promover a cura, logo, eles eram tidos como os “médicos” da época e o “hospital” eram os mosteiros, onde as pessoas iam em busca de abrigo, curas e milagres.

O hospital como um lugar de cura já existia desde a antiguidade greco-romana. Na Idade Média eles se transformam em locais de reclusão e de caridade, dirigidos por ordens religiosas que prestavam assistência de forma mais religiosa do que física. De acordo com Foucault (1979), a medicina se desenvolve nesse período longe do ambiente do hospital (MORAES, 2005).

Novos conhecimentos e olhares para o conceito de saúde e doença foram avançando e, com a chegada do período Renascentista, inseriram o hospital na vida urbana, surgindo urgentemente a necessidade de alterar as funções do hospital para

melhor atender a população, principalmente a burguesia (MOSIMANN e LUSTOSA, 2011).

O médico adentra esse espaço já como o “detentor do saber”, a visão curativa do especialista que antes atuava somente nos domicílios, agora encontra no hospital o lugar para pôr em prática as suas habilidades, sendo chamado de “médico de hospital”. Dessa forma, o médico atuava acompanhando diariamente os leitos e realizando as visitas dos doentes dentro do hospital e se constituía com o maior poder hierárquico. (MOSIMANN e LUSTOSA, 2011).

A estrutura dos hospitais nem sempre eram as melhores: camas coletivas, a mistura de doentes, a superlotação, falta de recursos e, conseqüentemente, os altos índices de mortalidade faziam com que o hospital, muitas vezes, fosse nocivo à vida urbana. Dessa maneira, devido ao alto risco que era uma internação hospitalar, muitos ricos preferiam seguir com o tratamento domiciliar (ANTUNES, 1999 *apud* MORAES, 2005).

Porém, de acordo com Mosimann e Lustosa (2011), a partir do desenvolvimento da medicina, em meados do século XIX, com o uso de métodos assépticos e antissépticos que diminuíram o número de mortes por infecções, bem como a introdução da anestesia e novas possibilidades de atuação, altera-se a imagem do hospital, que inicialmente era visto como um abrigo para os necessitados e onde os pobres iam para morrer, e passa a ser enxergado como um local onde os enfermos podiam curar-se através dos serviços médicos/hospitalares.

O hospital que tinha uma imagem de refúgio da morte, no final do século XIX, perdeu esta imagem para virar uma máquina de curar. Esse novo modelo hospitalar, foi notado por pessoas que possuíam condições financeiras e para eles foram criados pavilhões especiais. (PORTER, 2002 *apud* MORAES, 2005).

Nessa direção, modifica-se o objetivo do hospital, que a essa altura era definido como centros onde se dispensavam cuidados de nível científico da medicina com a sua clientela em sua maioria rica. A partir disso, observa-se também a nova existência de pessoal administrativo que passa a se relacionar juntamente com os médicos e outras profissões dentro do contexto hospitalar (MOSIMANN e LUSTOSA, 2011).

Na modernidade, mesmo deixando de pertencer em sua totalidade às ordens religiosas, os hospitais continuam prestando serviços de caráter de assistência social, além de na época passarem a ser responsáveis pelo controle e disciplinamento da vida urbana, segregando pessoas tidas como perigosas à comunidade, a exemplo, os mendigos, vadios, imigrantes e os tidos como “loucos” (ANTUNES, 1999 *apud* MORAES, 2005).

O hospital vai se constituindo como uma ampla instituição, seguindo para a Idade Contemporânea como uma organização complexa e com uma diversidade de funções (MOSIMANN e LUSTOSA, 2011). Com base em Moraes (2005), foi na década de 1950 que o conceito de hospital que conhecemos hoje foi sendo solidificado.

A OMS 5 – Organização Mundial de Saúde - passou a disciplinar e orientar a atividade hospitalar e em 1957 estabeleceu o conceito de hospital moderno como: “Parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais” (PEDROSA, 2004 *apud*

MORAES, 2005, p. 10-11).

O olhar para o trabalho da Psicologia nos hospitais inicia-se com o fim da Segunda Guerra Mundial, quando os militares necessitaram de atendimentos psicológicos devido às situações pós-guerra, assim, reações psíquicas eram observadas durante a hospitalização. Desse modo, a Psicologia adentra esse campo com o objetivo de identificar e minimizar as consequências do processo de adoecimento e hospitalização no sujeito, intervindo por meio de estratégias que pudessem auxiliar o paciente e tentar compreender a sua experiência frente à doença e ao ambiente hospitalar (AZEVEDO e CREPALDI, 2016).

No Brasil, o psicólogo é inserido no contexto hospitalar por volta da década de 50, até então a prática médica tradicional prescindia da ação de outros profissionais (GORAYBE, 2001). A Psicologia Hospitalar em seus primórdios, não encontra em sua atuação modelos teóricos compatíveis com as necessidades de uma prática hospitalar, utilizando de uma prática extensiva da clínica e sem muitas diretrizes ainda a serem seguidas, aos poucos foram sendo alcançados aspectos importantes como: preparação curricular, ensino, pesquisa e fiscalização e modelos de assistência (ROMANO, 1999 *apud* IMANISHI e SILVA, 2016).

Goraybe (2001) aponta para o fato de que a Psicologia Hospitalar deu início sem um modelo claro de prática, pois era uma área pioneira no Brasil e a própria Psicologia neste período estava ainda em consolidação. Por tais motivos, os profissionais psicólogos reproduziam suas atividades clínicas no ambiente hospitalar sem sucesso, pois concebe-se que o paciente hospitalizado não possui as mesmas necessidades do que um cliente da clínica.

Podemos definir a Psicologia Hospitalar, conforme cita Simonetti (2013): o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento (SIMONETTI, 2013). Para ele o adoecimento se dá quando o ser humano tomado por sua subjetividade acaba sendo confrontado pelo real da natureza patológica, chamado de doença. Como objeto de intervenção da Psicologia Hospitalar, Simonetti (2013) destaca:

A Psicologia Hospitalar não trata apenas das doenças com causas psíquicas, classicamente denominadas “psicossomáticas”, mas sim dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença. Enfatizemos: toda doença apresenta aspectos psicológicos, toda doença encontra-se repleta de subjetividade, e por isso pode se beneficiar do trabalho da psicologia hospitalar (SIMONETTI, 2013, p. 15).

Dessa maneira, vai se desvendando o papel da psicologia no hospital. O seu objetivo consiste em olhar para a subjetividade daquele sujeito acometido pelo adoecimento e pela hospitalização, pois quando a doença chega “sacode” toda a subjetividade do ser humano, enfatizando dessa forma, o trabalho do psicólogo hospitalar ao oferecer uma escuta técnica para que o doente fale de si, da doença, da vida ou da morte, ou o que quer que seja. O interesse principal da psicologia é “dar voz à subjetividade do paciente, restituindo o lugar de sujeito que a medicina lhe afasta” (MORETTO, 2001 *apud* SIMONETTI, 2013).

Como bem cita, é pelas palavras que o psicólogo faz o seu trabalho de tratar os aspectos psicológicos em torno do adoecimento (SIOMNETTI, 2013). Ao promover a escuta o psicólogo é capaz de colher as angústias do sujeito e ressignificá-las.

Mesmo naqueles casos em que o paciente encontra-se impossibilitado de falar por razões orgânicas ou não, (...) ou pura resistência, ainda assim essa orientação do trabalho pela palavra é válida, já que existem muitos signos não verbais com valor

de palavra, como gestos, olhares, a escrita e mesmo o silêncio (SIMONETTI, 2004, p. 23).

Nesse contexto, Goidanich e Guzzo (2012) refletem que a psicologia hospitalar serve como um espaço de escuta e visibilidade do sujeito, onde ele pode ser olhado além da sua patologia, sendo mais do que um simples número de leito e sendo valorizado por sua subjetividade. O profissional da psicologia, dessa maneira, deve atuar desenvolvendo as potencialidades do sujeito e buscando criar estratégias de enfrentamentos conforme as necessidades do paciente, para que ele consiga lidar com a doença e tenha o seu sofrimento atenuado (CAMPOS *apud* GOIDANICH e GUZZO, 2012).

O sujeito ao adoecer e necessitar de hospitalização, acaba sendo desconectado da sua rotina habitual, perdendo o controle da sua vida e dependendo de que outras pessoas passem a “governar o seu navio” (GOIDANICH e GUZZO, 2012). Segundo Lustosa (2007), a doença acarreta uma crise que causa uma ruptura com o estilo de vida anterior do paciente, levando a uma situação incerta e desconhecida, o que o coloca em uma situação de angústia e medo por não saber o que virá pela frente, podendo se deparar até mesmo com a morte.

Com a perda da rotina e de suas vivências cotidianas, o sujeito pode experimentar o fenômeno da despersonalização, a perda de identidade, a aniquilação do ser no anonimato, desencadeada, entre outros fatores, pela própria condição de internação, na qual o paciente fica distante de toda rotina e ambiente que o identificam. O paciente pode ser levado a se enxergar como um número ou parte da estatística, pois o hospital é atravessado por uma visão arcaica biomédica que tende a olhar apenas para a doença e ignorar as questões subjetivas, sociais, econômicas e culturais por detrás dela e que afetam diretamente o paciente (IMANISHI e SILVA, 2016).

Ismael (2010 *apud* IMANISHI e SILVA, 2016) aponta tais fatores como contribuintes do processo de despersonalização do sujeito dentro do contexto hospitalar:

- Quebra da rotina e produtividade na vida do paciente, além do ambiente não familiar e desconhecido que ocasiona estranhamento, não havendo referência pessoal.
- Institucionalização do sujeito, gerando desconforto e angústia, pois o mesmo é obrigado se submeter às regras, normas e horários impostos.
- Perda da autonomia: seu corpo fica suscetível e vulnerável ao outro devido aos procedimentos invasivos que sofre.
- Tratamento não humanizado devido a equipes de saúde olharem para o paciente não como um sujeito em sua completude, mas como portador da doença “X”, uma visão técnica da doença somente (ISMAEL, 2010 *apud* IMANISHI e SILVA, 2016, p. 50).

Salienta-se ainda que a equipe de saúde também pode sofrer com a despersonalização, entrando em anonimato juntamente com o paciente (PEREZ, 2010 *apud* IMANISHI e SILVA, 2016). Logo, atrelado a problemas institucionais, como falta de recursos e condições precárias de atendimento, a relação médico-paciente é atravessada pelo fenômeno da despersonalização, dificultando a qualidade do atendimento.

Dessa maneira, o psicólogo no hospital irá desenvolver um trabalho fundamental ao promover harmonia entre a equipe da saúde, o paciente e seus familiares. Uma vez que durante o período da hospitalização, o sujeito doente passa a valorizar mais os laços afetivos e falar sobre a família, constituindo-se parte fundamental nestas circunstâncias

(GOIDANICH e GUZZO, 2012). Assim, a sua atuação deve ser juntamente a uma equipe interdisciplinar, onde os membros integram entre si em busca de propiciar uma melhor qualidade de vida para os pacientes e família (GORAYBE, 2001).

Para melhor promover a integração da equipe com o paciente no contexto hospitalar, o profissional da psicologia deve intervir por meio de análises sistemáticas e levantamentos bibliográficos sobre a patologia que acomete cada indivíduo em questão, para construir uma comunicação mais efetiva e acessível com a equipe de saúde, facilitando que seu plano de trabalho seja mais produtivo e aceito, trazendo benefícios na relação com a equipe de saúde em si e na relação entre equipe de saúde e paciente. Além de que, dessa forma, o psicólogo fará parte efetivamente como membro da equipe de saúde e não meramente como um coadjuvante (GORAYBE, 2001).

O atendimento psicológico hospitalar é realizado em locais distintos, como as unidades de internação e ambulatórios. Por causa disso, é preciso considerar as características de cada local, verificando o contexto apropriado para o atendimento, o número de sessões, os horários e o período destinado ao acompanhamento. O paciente hospitalizado apresenta problemas que são vivenciados em uma situação real de doença e demais agravos da saúde que necessitam de hospitalização, o que exige do psicólogo habilidades para estabelecer vínculo e manter o foco nas demandas centrais, por isso a importância da avaliação e intervenção psicológica (AZEVEDO e CREPALDI, 2016, p. 581)

Portanto, segundo Goidanich e Guzzo (2012), alcançamos a relevância do trabalho da psicologia no âmbito hospitalar, pois auxilia o paciente a atravessar esse momento de crise e a ressignificar as experiências e mudanças vivenciadas pelo processo de adoecimento e hospitalização. Compreendemos que a Psicologia Hospitalar consiste no renovar da esperança de que a dor seja entendida de uma forma mais humana, assim o psicólogo pode ser um transformador da relação do paciente com o seu sintoma. A Psicologia Hospitalar, nesse sentido vem se desenvolvendo em novos paradigmas, buscando uma visão cada vez mais ampla e holística do ser humano (MOSIMANN e LUSTOSA, 2011).

Ao longo dos anos, viu-se a necessidade de contrapor a medicina curativa, que visava única e exclusivamente a cura do doente, sem ater-se ao cuidado e a assistência que o paciente hospitalizado de fato merecia. Na prática médica curativa, o paciente por sua vez não possui voz diante das decisões sobre seu estado clínico. A partir dessas implicações e do sofrimento vivido pelos pacientes, surgiram os cuidados paliativos, prática que objetiva o bem-estar, o cuidado e o alívio dos sintomas do paciente (MENEZES, 2004,).

Pode-se entender Cuidados Paliativos, a partir da prática assistencial dada ao paciente durante todo o período final de sua vida, controlando a dor, evitando o sofrimento e cuidando integralmente do enfermo. Segundo Menezes (2004), o paciente que encontra-se assistido pelos cuidados paliativos são os considerados fora de possibilidade terapêutica (FPT). Esses pacientes são aqueles em que a medicina curativa já não possui mais recursos e práticas que possam impedir o avanço da patologia.

A finalidade dos cuidados paliativos é promover qualidade de vida durante todo o tempo que resta ao enfermo. Essa qualidade de vida deve estar acompanhada de dignidade e isso implica na conservação da identidade do paciente, dando a ele espaço para as tomadas de decisões relacionadas ao seu tratamento (MENEZES, 2004).

Menezes (2004) salienta que na prática dos cuidados paliativos, todos os envolvidos

no processo do adoecimento e do morrer passam a dialogar sobre os acontecimentos que rodeiam a vida do enfermo. Os envolvidos neste processo geralmente são os profissionais, familiares e o próprio doente.

A equipe multiprofissional que atua em cuidados paliativos, enfatiza Menezes (2004), deve ter seu trabalho pautado na assistência bio-psico-social-espiritual, ou seja, é preciso possuir uma visão do paciente em toda a sua totalidade, considerando todos os contextos nos quais ele está inserido e não apenas o cuidado com a sua doença.

O paliativista deve proporcionar ao paciente o melhor que puder durante o tempo de vida que ainda lhe resta. E para isso, afirma Menezes (2004), faz-se necessário uma escuta atenta e sem julgamentos ao paciente. Além disso, o atendimento do paliativista estende-se aos familiares do doente, pois apesar dos familiares ajudarem no processo de enfermidade e fim de vida do paciente, eles também precisam do auxílio de um profissional especializado. Afinal, o sofrimento que perpassa o doente também atinge os familiares.

Dentre as especialidades encontradas na equipe multidisciplinar, está a psicológica que de acordo com Menezes (2004),

[...] auxilia o paciente a reestruturar sua vida, priorizando a “qualidade de vida”, em um processo que muitas vezes apresenta dificuldades: medo do desconhecido, do sofrimento e da dor, perda da imagem corporal e da autonomia (MENEZES, 2004, p. 111).

A prática do psicólogo, ressalta Menezes (2004), é expandida aos profissionais. Afinal, lidar com a dor, o sofrimento e a morte rotineiramente podem causar desequilíbrios emocionais, que podem vir a ocasionar problemas físicos e emocionais.

A classificação da morte pelos paliativistas é feita como boa ou má. A morte considerada boa é aquela que ocorre com dignidade, de forma tranquila e sem sofrimento. Já a morte má está ligada ao sofrimento e ao não controle dos sintomas (MENEZES, 2004).

Segundo Menezes (2004), os paliativistas direcionam todo o seu trabalho para que a morte boa seja efetivamente vivenciada pelos seus pacientes, dando a eles possibilidade de dignidade e alívio do sofrimento, de modo que esta fase da vida tenha sentido tanto para o paciente quanto para os seus familiares. Quando ocorre a má morte, os profissionais sentem-se frustrados por não proporcionar qualidade para o momento final de vida do paciente.

É necessário compreender que assim como o nascer, a morte faz parte do ciclo natural da vida. Ao longo dos anos, o significado da morte é alterado de acordo com a história e as distintas culturas. Segundo Porto e Lustosa (2010), a morte é vista culturalmente como o fim trágico da vida.

Magalhães e Melo (2015) enunciam que tanto o indivíduo que está morrendo quanto as pessoas que fazem parte da sua vida veem a morte como um acontecimento capaz de ocasionar reações emocionais distintas. Isso ocorre porque a morte suscita pensamentos sobre o que já foi vivido e de acordo com Arantes (2019), dá a oportunidade dos indivíduos possuírem um novo olhar para a vida.

Há muitas reações diante da morte, com isso, a autora Kübler-Ross (2017) classificou cinco estágios vividos pelos indivíduos durante esse processo. São eles a

negação; a raiva; a negociação ou barganha; a depressão e por último a aceitação. Vale ressaltar, que estas fases não são vividas nesta ordem, cada indivíduo passa por elas em ordens distintas, de acordo com sua história e vivência subjetiva.

Diante de um diagnóstico o mais comum, salienta Kübler-Ross (2017), é que os pacientes reagem com expressões do tipo “não pode ser”, “isto não pode estar acontecendo” ou “logo comigo”, caracterizando de forma inicial a negação pela sua condição de saúde. Praticamente todos os pacientes, irão usar da negação como meio de defesa, porém este sentimento não dura tanto tempo quanto parece.

Quando paciente encontra-se na negação, ele pode agir como se seu diagnóstico não existisse, evitando as providências e os cuidados necessários. Vale evidenciar que a negação por sua vez pode não ser pessoal, mas com o intuito de preservação e cuidado com os familiares a sua volta (SIMONETTI, 2018).

A negação ocorre, visto que o paciente não possui naquele determinado momento um estado psicológico saudável para enfrentar seu quadro clínico, dessa forma: “a negação deve ser respeitada, e não confrontada a qualquer custo nem a qualquer hora” (SIMONETTI, 2018).

Em substituição à negação, afirma Kübler-Ross (2017), surgem os sentimentos de raiva e revolta diante da doença. Essa é considerada uma fase difícil, uma vez que o paciente projeta seus sentimentos de raiva em tudo e todos à sua volta, sem possuir causas delimitadas para aquele momento.

Faz-se necessário que o profissional tenha uma escuta ativa e efetiva, de modo que tolere comportamentos de raiva, revolta e teimosia, dando ao paciente espaço para externar seus sentimentos, de modo que contribua para o seu alívio (KÜBLER-ROSS, 2017).

Posteriormente, surge a barganha. Segundo Kübler-Ross (2017), nesse estágio o paciente tenta negociar seu diagnóstico, com o intuito de adiar as consequências causadas pela doença. É comum que as barganhas sejam feitas com Deus, através de promessas e/ou metas.

Kübler-Ross (2017) afirma que, ao longo do curso de sua patologia, o paciente encontra-se esgotado de tantos procedimentos médicos, do tempo de hospitalização e das medicalizações que todo o sentimento de negação e raiva dão espaço a uma tristeza profunda, caracterizada pela depressão.

A depressão é uma fase de desesperança e descrença diante da cura e da evolução. Simonetti (2018) enfatiza que nessa fase o paciente encontra-se em silêncio e sem ação. Não possui mais vontades e nem medos, tendo espaço apenas para tristeza.

Após passar por todos os estágios citados, Kübler-Ross (2017) enfatiza que o paciente que tiver o tempo necessário chega a fase de aceitação. Essa fase não deve ser confundida com algum modelo de estágio de felicidade. Geralmente, chegam a essa fase os pacientes que vivenciaram de fato todas as anteriores.

Simonetti (2018) ressalta que no enfrentamento o paciente passa a possuir um olhar mais realista sobre sua patologia. Dando espaço para a luta e o luto. A luta é caracterizada pelas ações do indivíduo diante de situações modificáveis, já o luto está relacionado a tudo

que pode ser feito para suportar uma perda.

Ao enfrentar sua patologia, o paciente entende que não é mais livre de sua doença, que é de fato vulnerável e que precisa de tratamento, mas ainda assim possui liberdade para tomar atitudes e posicionar-se diante dela. O mais importante não é o que a doença fez de você, mas o que você vai fazer com o que a doença fez de você (SIMONETTI, 2018).

Pensar na morte é pensar, posteriormente, no processo de luto advindo dela. Esse processo é caracterizado por reações diante da perda. De acordo com Porto e Lustosa (2010), a perda nada mais é do que um vínculo que se rompe, como se alguma parte de si mesmo tivesse sido perdida. É uma resposta para a separação.

Magalhães e Melo (2015) ressaltam que após a perda há um processo de reconstituição do indivíduo e caso o luto não seja vivido e bem elaborado, essa reconstituição pode durar muito tempo. Vale ressaltar que o processo do luto é individual e varia de indivíduo para indivíduo, envolvendo as distintas dimensões que perpassam o ser humano.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto acima, observou-se que o processo de adoecimento perpassado pela hospitalização gera sofrimento e prejuízos significativos na vida do indivíduo adoecido. Além disso, os familiares e profissionais envolvidos nesse processo também sofrem, já que encontram-se em contato direto com a doença e o sofrimento vivenciado pelo paciente.

O processo de hospitalização está intimamente ligado a fatores que atingem diretamente o paciente em adoecimento. Dando importância a experiência vivenciada pelo paciente, a prática da psicologia hospitalar auxilia de forma efetiva durante a internação. Isso ocorre pois o psicólogo dentro do contexto hospitalar terá como objetivo trazer de volta a individualidade do paciente, dando a ele espaço, voz e autonomia em decisões relacionadas a si mesmo.

Apesar do espaço hospitalar, por muitos anos, ter sido um lugar onde a medicina era soberana e voltada apenas para a reabilitação orgânica do sujeito em adoecimento, nos tempos atuais tem-se tido um novo olhar para esse local. Junto a isso, a psicologia traz a oportunidade do desenvolvimento de um hospital mais humanizado, que visa a reestruturação da dignidade humana.

Dentro desse novo olhar para o ambiente hospitalar, concluiu-se que havia a necessidade de um cuidado para além da cura do paciente, sendo assim, os cuidados paliativos chegaram para trazer assistência em todos os âmbitos nos quais o paciente está inserido, - além de qualidade de vida e alívio do sofrimento durante o tempo que ainda resta ao enfermo - de modo que os últimos dias vividos por ele tenham sentido existencial.

Na prática paliativista, todos os envolvidos neste processo de hospitalização participam dos diálogos que implicam nas decisões, informações e práticas diante da doença. Isso ocorre porque cada um possui um papel importante a ser exercido. O paciente deve obter informações e direito a tomada de decisões; os familiares auxiliam no tratamento e os profissionais das diversas áreas trabalham de forma conjunta objetivando o alívio do sofrimento do paciente.

Percebe-se a grande dificuldade humana em lidar com as patologias terminais e o processo do morrer. Tal dificuldade se dá pelo fato de que os indivíduos não encontram-se preparados para lidar com o fim de sua vida ou de entes queridos. Pensando assim, negar seu diagnóstico e a morte passa a ser uma das primeiras opções, desencadeando cada vez mais sofrimento.

Esse despreparo também abarca os profissionais da área de saúde, uma vez que lidar com a perda não é algo fácil. Apesar de lidarem com a finitude dia após dia, perder um paciente implica em sentimentos de incapacidade e podem gerar inseguranças. Por essa razão, a prática do psicólogo é tão importante entre os profissionais.

Entende-se portanto que a terminalidade não é algo vivenciado de forma natural pelos indivíduos, além de ser distinta levando em consideração as culturas e ambientes nos quais o paciente encontra-se inserido. Pensando nisso, apreende-se o papel do psicólogo como mediador no enfrentamento e na elaboração da perda, sendo um trabalho minucioso que leva em conta a subjetividade de cada sujeito.

Vale ressaltar que apesar da grande importância do trabalho do psicólogo no contexto hospitalar, ainda hoje há lacunas no que diz respeito a essa prática. Falta reconhecimento para a atuação do profissional da psicologia no ambiente hospitalar, devido a uma prática médica arcaica que defende somente a cura do paciente, sem dar importância ao cuidado que deveria ser oferecido a ele.

O psicólogo pauta a sua prática em facilitar o tratamento, entendendo que o olhar para o indivíduo em sua totalidade auxilia e traz mais chances de resultados positivos no tratamento do que o olhar fragmentado, levando o paciente a ressignificar toda a sua vida nesse momento de hospitalização.

5. REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019. 192 p.

AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos; CREPALDI, Maria Aparecida. **A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos**. Estudos de Psicologia (Campinas), [S.L.], v. 33, n. 4, p. 573-585, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000400002>.

CARVALHO, Jeane Silva e MARTINS, Alberto MESAQUE. **A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo**. Rev. SBPH [online]. 2015, vol.18, n.2, pp. 129-142. ISSN 1516-0858.

FERREIRA, A.M.Y. e WANDERLEY, K. da S. **Sobre a morte e o morrer: um espaço de reflexão**. Revista Temática Kairós Gerontologia, 15 (n.º especial 12), "Finitude/Morte & Velhice", pp. 295-307. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. 2012.

GOIDANICH, Marcia; GUZZO, Fabíola. Concepções de vida e sentimentos vivenciados por pacientes frente ao processo de Hospitalização: o paciente cirúrgico. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH)**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 232-248, 2012.

GORAYEB, Ricardo. **A prática da psicologia hospitalar**. Psicologia Clínica e da Saúde, São Paulo, p. 263-278, 2001.

HERMES, Hélida Ribeiro e LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2013, v. 18, n. 9. pp. 2577-2588. Epub 26 Ago 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>>. Acesso em: 31 mai. 2021.

IMANISHI, Helena Amstalden; SILVA, Lucieli Lopes da. **Despersonalização nos hospitais: o estádio do espelho como operador teórico**. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 41-56, 2016.

KOVÁCS, M.J. **Educação para a Morte**. Psicologia, Ciência e Profissão, 25(3), 484-497. 2005.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 10. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017. 296 p.

LUSTOSA, Maria Alice. **A família do paciente internado**. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 3-8, jun. 2007.

MAGALHÃES, Marília Vieira; MELO, Sara Cristina de Assunção. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. **Psicologia e Saúde em Debate**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 65-77, abr. 2015.

MELO, Anne Cristine de; VALERO, Fernanda Fernandes; MENEZES, Marina. **A intervenção psicológica em cuidados paliativos**. Psicologia, Saúde e Doenças, vol. 14, núm. 3, pp. 452-469. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Lisboa, Portugal. 2013.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História e evolução dos hospitais**. 2. ed. Rio de Janeiro, 1965. 588 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf. Acesso em: 30 ago. 2021.

MORAES, Margarete Farias de. **Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro: o caso clínico São Vicente**. 2005. 119 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005

MOSIMANN, Laila T. Noletto Q. e LUSTOSA, Maria Alice. **A Psicologia hospitalar e o hospital**. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 200-232, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a12.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2021

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 01 jun. 2021.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual da psicologia hospitalar: O mapa da doença**. Belo Horizonte: Artesã. 2018. 200p.

CAPÍTULO 3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI, Valdemar Augusto. O Psicólogo no Hospital. In: ANGERAMI, Valdemar Augusto et al (org.). **Psicologia Hospitalar**: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2018. Cap. 1. p. 1-14.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2019. 192 p.

AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos; CREPALDI, Maria Aparecida. **A Psicologia no hospital geral**: aspectos históricos, conceituais e práticos. Estudos de Psicologia (Campinas), [S.L.], v. 33, n. 4, p. 573-585, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000400002>.

BOON, H., VERHOEF, M., O'HARA, D. & FINDLAY, B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. **BMC Health Services Research**, 4, 15-10. 2004.

CARVALHO, Jeane Silva e MARTINS, Alberto MESAQUE. A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo. **Rev. SBPH [online]**. 2015, vol.18, n.2, pp. 129-142. ISSN 1516-0858.

FERREIRA, A.M.Y. e WANDERLEY, K. da S. Sobre a morte e o morrer: um espaço de reflexão. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, 15 (n.º especial 12), "Finitude/Morte & Velhice", pp. 295-307. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. 2012.

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**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 85-98, dez. 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 jun. 2021.

GOIDANICH, Marcia; GUZZO, Fabíola. **Concepções de vida e sentimentos vivenciados por pacientes frente ao processo de Hospitalização**: o paciente cirúrgico. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 232-248, 2012.

GORAYEB, Ricardo. **A prática da psicologia hospitalar**. Psicologia Clínica e da Saúde, São Paulo, p. 263-278, 2001.

HERMES, Hélida Ribeiro e LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2013, v. 18, n. 9. pp. 2577-2588. Epub 26 Ago 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>>. Acesso em: 31 mai. 2021.

IMANISHI, Helena Amstalden; SILVA, Lucieli Lopes da. **Despersonalização nos hospitais**: o estádio do espelho como operador teórico. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 41-56, 2016.

KOVÁCS, M.J. **Educação para a Morte**. Psicologia, Ciência e Profissão, 25(3), 484-497. 2005.

KOVÁCS, Maria Julia. **Desenvolvimento da Tanatologia**: estudos sobre a morte e o morrer. Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. 2008, v. 18, n. 41, pp. 457-468. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300004>>. E pub 03 abr. 2009. ISSN 1982-4327. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300004>. Acesso em: 28 mai. 2021.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 10. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017. 296 p.

LIMA Anabel Saboia de Souza; NOGUEIRA, Graziela Sousa; WERNECK-LEITE, Cibele Dayana de Souza. Cuidados paliativos em terapia intensiva: a ótica da equipe multiprofissional. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 91-106, jun. 2019. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 mai. 2021.

LUSTOSA, Maria Alice. **A família do paciente internado**. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 3-8, jun. 2007.

MAGALHÃES, Marília Vieira; MELO, Sara Cristina de Assunção. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. **Psicologia e Saúde em Debate**, [s. l], v. 1, n. 1, p. 65-77, abr. 2015.

MELO, Anne Cristine de; VALERO, Fernanda Fernandes; MENEZES, Marina. **A intervenção psicológica em cuidados paliativos**. Psicologia, Saúde e Doenças, vol. 14, núm. 3, pp. 452-469. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde Lisboa, Portugal. 2013.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História e evolução dos hospitais**. 2. ed. Rio de Janeiro, 1965. 588 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf. Acesso em: 30 ago. 2021.

MORAES, Margarete Farias de. **Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro: o caso clínico São Vicente**. 2005. 119 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005

MOSIMANN, Laila T. Noletto Q. e LUSTOSA, Maria Alice. **A Psicologia hospitalar e o hospital**. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 200-232, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a12.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2021.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 01 jun. 2021.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual da psicologia hospitalar: O mapa da doença**. Belo Horizonte: Artesã. 2018. 200p.

WORLD PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Geneva:** World Health Organization. Retirado de: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. 2014.

ZWIELEWSKI, Grazielle; SANT'ANA, Vânia. Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 27-34, jun. 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872016000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 28 maio 2021. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20160005>.