

PROMOÇÃO DE VIDA EM CUIDADOS PALIATIVOS

SOUZA, Vinícius Voigt Machado de¹
MATIOLI, Aryane Leinne Oliveira ²
aryanematioli@fag.edu.br

RESUMO

É muito comum em nossa cultura que a morte seja velada. Não falamos sobre ela até que seja estritamente necessário, onde somos pegos de surpresa pela sua letalidade no meio do caminho. No geral, os profissionais da saúde são treinados em uma lógica de batalha contra a morte, onde o foco está na promoção da cura. No entanto, os pacientes que estão mais distantes da possibilidade de cura, acabam sendo expostos a procedimentos invasivos, com assistências violentas e focadas na tentativa incessante de cura. O presente estudo busca, por meio de uma revisão bibliográfica, compreender os atravessamentos do conceito de morte na contemporaneidade a luz da prática dos cuidados paliativos, tentando delimitar qual o seu papel no contexto das doenças que ameaçam a continuidade da vida, e qual sua relação com a promoção de sentido existencial da finitude em relação a vida.

PALAVRAS-CHAVE: Morte, Finitude, Cuidados Paliativos, Psicologia Hospitalar.

1. INTRODUÇÃO

É muito comum em nossa cultura que a morte seja velada. Não falamos sobre ela até que seja estritamente necessário, onde somos pegos de surpresa pela sua letalidade no meio do caminho. A cultura ocidental considera a vida passível de controle, e isso está arraigado em nossos imaginários. Possuímos narrativas que desenham esta autodeificação do homem moderno de uma forma clara e precisa. Uma cultura que vive em si o bruto sentido da palavra hábito, considera a morte um aspecto hostil e mórbido da existência humana. As limitações que a projeção da morte implica no cotidiano, a transformam em uma constante negação. Pensar na morte confirma um status negativo e mórbido ao homem, como um caminho sem volta permanentemente assombroso, e por isso é preciso que ela seja ocultada, e mantida nas profundezas, desvalorizada.

Com o rápido avanço tecnológico da medicina do século XX, a terapêutica das doenças consideradas mortais vem se modificando. Os profissionais da saúde são treinados em uma lógica de batalha contra a morte, onde o foco está na promoção da cura. No entanto, os pacientes que estão mais distantes da possibilidade de cura, acabam sendo expostos a procedimentos invasivos, com assistências violentas e focadas na tentativa incessante de cura. Essas intervenções que em alguns contextos são insuficientes e até desnecessárias, acabam por ignorar o sofrimento presente na dor do adoecimento, que não se trata apenas do contexto orgânico. Os Cuidados Paliativos são uma proposta

¹ Graduando em Psicologia pelo Centro Universitário Assis Gurgacz.
psiviniociusvoigt@hotmail.com

² Psicóloga, Orientadora, Mestre em Psicologia, Especialista em Desenvolvimento na Infância e Adolescência, Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Assis Gurgacz - FAG. aryanematioli@fag.edu.br

que visa atender uma demanda que perpassa a focalização da cura, e o objetivo é a qualidade de vida do paciente. Como bem coloca o manual de Cuidados paliativos da ANCP, através de (Matsumoto, 2012 p.23): "Não se trata de cultivar uma postura contrária à medicina tecnológica, mas questionar a "tecnolatria" e refletirmos sobre a nossa conduta, diante da mortalidade humana, tentando o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo".

Desta forma, o presente estudo busca, por meio de uma revisão bibliográfica, compreender os atravessamentos do conceito de morte na contemporaneidade a luz da prática dos cuidados paliativos, tentando delimitar qual o seu papel no contexto das doenças que ameaçam a continuidade da vida, e qual sua relação com a promoção de sentido existencial da finitude em relação a vida.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A MORTE INTERDITA E OS CUIDADOS PALIATIVOS

Olhando para a concepção do que é morte, e qual seu atravessamento sobre como as pessoas encaram sua finitude, pode-se verificar no referencial teórico do historiador Philippe Ariés (1977) que há uma mutabilidade desse conceito na transição do imaginário moderno em "*A História da Morte no Ocidente*" sob uma leitura histórica e sociológica. O autor faz uma análise das diversas atitudes diante da morte desde a idade média, até a contemporaneidade.

A partir do século XIX, com o segmento do capitalismo industrial e advento da medicina moderna, a sociedade muda drasticamente sua atitude perante a finitude. A morte em séculos anteriores era mais próxima, e mais presente. A finitude conseqüentemente era assimilada como familiar e as pessoas morriam em casa. Já a partir do século XIX a atitude perante a morte vai sofrer uma mutação que o autor chama de morte interdita. A morte e tudo mais análogo a ela, vai se apagar e desaparecer. Suas expressões se tornam vergonhosas, e objeto de interdição social. De acordo com (OLIVEIRA e MASSO, 2015) nesta transição a sociedade não apenas incita como devemos agir, mas o que devemos pensar, desejar ou sentir. A atualização para sociedade industrial inibe qualquer expressão de infelicidade. Assim a vida deve se aparentar sempre feliz, e a morte já não pode mais ocorrer em casa, e sim no hospital. (ARIES, 1977) (OLIVEIRA e MASSO, 2015)

De acordo com Aries (1977) é neste período que o hospital é transformado em um morredouro, uma instituição responsável por esconder a chaga de morte da sociedade. Qualquer emoção deve ser evitada. As condolências são suprimidas, e as manifestações do luto condenadas. A dor não inspira compaixão, e sim repugnância e asco. É vista como sinal de perturbação mental ou

má educação. Se evita falar sobre a morte com medo de impressionar crianças, e não se tem mais o direito de chorar. O único recurso que o enlutado possui é um luto solitário, envergonhado e clandestino. Não podemos mais sequer elaborar a perda. (ARIES, 1977)

A luz dessa transição econômica da sociedade industrial, os autores supracitados compreendem que a morte se tornou uma patologia ao invés de um processo natural. Em um hospital, como coloca Alfredo Simonetti, (2016) toda doença apresenta um aspecto psicológico muito singular. Todos esses aspectos podem influenciar o processo de adoecimento. Neste sentido, entendemos que o objeto de intervenção da Psicologia inserida em um hospital é a subjetividade do paciente, seus desejos, fantasias, sonhos, pensamentos, anseios, medos e percepções sobre como encara seu adoecimento. (SIMONETTI, 2016)

Angerami (2004) compreende que a hospitalização é um processo de ruptura psíquica, onde um paciente se depara com uma mudança abrupta de sua realidade, onde a doença se torna o único foco do hospital. Em suma, o paciente se torna a sua doença, e perde sua categoria de pessoa. Quando chega no hospital, o enfermo inicia uma travessia no processo de adoecimento que torna todo o ambiente hospitalar hostil, equivalente a uma guerra contra a doença, que não sabe se vai perder ou não, e por isso é permeado por angústias e estressores. O paciente não quer estar ali, e todos os procedimentos são compulsórios. A equipe do hospital passa esporadicamente no quarto, para verificar sua pressão, batimentos cardíacos, aplicar medicamentos, configurar as máquinas responsáveis pela manutenção do seu corpo; sua refeição é controlada; sua intimidade é exposta, e suas roupas individuais são retiradas. Ele se torna apenas um número de leito, e todo esse processo é configurado como uma despersonalização de sua subjetividade (ANGERAMI, 2004).

No momento em que o paciente se depara com uma doença que ameaça a continuidade da vida, todo o sofrimento orgânico se sobrepõe sobre as outras dimensões, psíquica, social, espiritual; e negligenciar esses aspectos podem agravar o seu sofrimento. Para tal, é importante para essa travessia a inserção de uma abordagem multidisciplinar que atenda toda a demanda de sofrimento humano em sua totalidade. Os Cuidados Paliativos possuem essa proposta de assistência, de atendimento integral. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, (2002) os Cuidados Paliativos consistem em uma assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares que enfrentam uma doença que ameaça a continuidade da vida. Essa assistência tem por objetivo o alívio do sofrimento, a partir do controle da dor e dos demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais que estão em torno do

adoecimento. Os profissionais de Cuidados Paliativos fornecem o cuidado e assistência no manejo da dor e de outros sintomas estressantes presentes no tratamento, apoiam e auxiliam os familiares e pacientes a lidar com a sua condição atual, e dão suporte para que o paciente possa viver o mais ativamente e qualitativamente possível até o dia de sua morte. Isso não significa que os Cuidados Paliativos cancelam o tratamento, e esquecem das tentativas de cura. Essa prática deve ser iniciada desde o diagnóstico, entendendo que o conforto do paciente pode promover recursos de enfrentamento da doença, e de adesão ao tratamento. De certa forma, também oferece a busca por um sentido de elaboração da vida, mesmo próximo da morte. São intervenções que promovem a vida, no leito de morte. Para tal, se faz necessário uma abordagem interdisciplinar, que abarcará todas as necessidades clínicas e psicossociais do paciente (WHO, 2002).

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto, assistida também após a morte do paciente, no período de luto (MATSUMOTO, 2012, p. 26)

Buscando compreender através de Matsumoto (2012) os princípios dos cuidados paliativos, pode-se utilizar o conceito de ética paliativista, proposto pela filósofa e escritora polonesa Halina Bortnowska. De acordo com a filósofa, existem dois tipos de ética em relação às intervenções hospitalares. A primeira delas é a ética da cura. Neste modelo, não se tem princípios, mas sim protocolos. Protocolos de cura que predominam virtudes de motivação e perseverança. É ser duro na luta contra a doença. Deste modo, o foco dos protocolos está na doença. Por outro lado, na ética da atenção predominam princípios humanistas. O valor central está na dignidade humana, e na relação estabelecida entre os pacientes e a equipe, o que pode favorecer o processo de tratamento e elaboração da condição de adoecimento. "Na ética da cura, o médico é o general, e na ética da atenção, o paciente é soberano." (MATSUMOTO, 2012 p. 25)

O termo paliativo se refere a "*pallium*" do grego, que significa manto, em alusão a manta utilizada pelos cavaleiros medievais. "*Palliare*" por sua vez, significa cobrir com um manto. Isso significa que paliar é tomar cuidado, dar conforto, minimizar o sofrimento, acolher e oferecer abrigo na hostilidade da guerra contra a doença (MATSUMOTO, 2012). A grande responsável pela disseminação dos cuidados paliativos no mundo foi Cicely Saunders, médica, assistente social e enfermeira do Hospice St Christopher, em Loundres. O modelo de intervenção dicotômico da época, que tinha como alvo apenas o corpo, causava muita inquietação em sua prática, e se questionava se

podia fazer mais pelos seus pacientes. Assim começou a realizar escutas com pessoas na beira do leito, e percebeu que o sofrimento apresentava diversas dimensões além da orgânica. Quando se colocou presente para ouvir ativamente as angústias de seus pacientes, verificou que todos tinham uma característica comum: eles possuíam uma dor total. A dor total, como um conceito-chave para Cuidados Paliativos, entende que a doença é atravessada por quatro dimensões de sofrimento: físico, emocional, espiritual, e social. Todos eles possuindo sua própria especificidade. (MATSUMOTO, 2012)

Cicely Saunders relata que a origem do Cuidado Paliativo moderno inclui o primeiro estudo sistemático de 1.100 pacientes com câncer avançado cuidados no St. Christopher Hospice entre 1958 e 1965. Um estudo descritivo, qualitativo foi baseado em anotações clínicas e gravações de relatos de pacientes. Este estudo mostrou o efetivo alívio da dor quando os pacientes foram submetidos a esquema de administração regular de drogas analgésicas em contrapartida de quando recebiam analgésicos (MATSUMOTO, 2012 p. 24).

De acordo com Castro et al (2021) outra personalidade importante para compreensão dos cuidados paliativos é Katharine Kolcaba, enfermeira do Hospital Escola St Luke em Cleveland. Nesta instituição trabalhava com pacientes que possuíam demência. Sua contribuição começou em uma reflexão sobre sua prática de cuidado, o que culminou em uma pesquisa de mestrado. Nesta pesquisa ela buscou entender quais os efeitos do conforto no comportamento dos pacientes. Ela percebeu que mudanças abruptas que causavam desconforto no paciente, seja a menor que fosse, resultam em desequilíbrio emocional, agitação, brigas e recusas de tratamento. No entanto, em situações de conforto, tornavam-se mais sociáveis e cooperavam mais, demonstrando contentamento e determinação. Neste momento ela procurou elaborar algumas medidas de conforto, que pudessem estender teoricamente e praticamente as intervenções hospitalares. Buscando uma definição de conforto o constituiu como “[...] uma experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência atendidos em quatro contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental, com uma abrangência maior que a simples ausência de dor” p.4 (CASTRO et al, 2021)

Nesta definição, existem três tipos de conforto que é promovido pelos profissionais. Alívio como tranquilidade, estado de calma, e bem-estar. Alívio como atendimento de uma necessidade específica. E alívio resultante da competência de planejar e manejar suas próprias situações de estresse. No geral, sua pesquisa descreve as intervenções técnicas, como administrar um analgésico, monitorar sinais vitais, aliviar a ansiedade, fornecer segurança e informação; e quando o alívio e a tranquilidade não puderem ser alcançados, ter uma escuta ativa que vise a integração da morte, além da inclusão de terapias alternativas, como por exemplo massagem, ambiente tranquilo e de paz,

imaginação guiada, resgate de memórias, e aproximação dos desejos de fim de vida. (CASTRO et al, 2021)

3. METODOLOGIA

O presente estudo foi estruturado por meio do método de pesquisa bibliográfica. De acordo com Barros (2009) tal método busca contrapontos entre ideias apresentadas pelos autores com o estabelecimento de uma relação comum entre uma temática chave, que possui o objetivo do pesquisador dialogar com os autores propondo destrinchar um tema e contribuir para a construção de um conhecimento específico.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

4.1 A MORTE E A BUSCA POR SENTIDO DA VIDA

O ser humano possui uma característica notável em relação aos outros seres vivos. A noção de singularização está norteadada pela consciência. Ou seja, o ser humano é o único que possui compreensão de si mesmo. Os animais, como bem coloca o Filósofo Schopenhauer (1788-1860) não possuem essa habilidade. Regidos unicamente pelos seus instintos primários, sobrevivem até que a morte fatidicamente os encontra no meio do caminho. Isso supõe que os seres humanos são os únicos que compreendem em vida, a sua finitude.

Buscando definições acerca da palavra finitude, ela possui um caráter de limitação. (AURÉLIO, 2009) Compreender que em algum momento do ciclo vital nossa vida chegará ao fim é portanto uma angústia. Neste ponto de encontro cabe uma definição ao conceito de angústia de acordo com a filosofia existencialista de Heidegger (1927): o homem torna-se o único ser que existe de modo que se depara com a sua própria finitude. Quando a essência do ser vai de encontro com o que ele nomeou, ser para a morte, o ser humano assume sua própria existência, e isso é um fato angustiante. A morte então gera a angústia da existência e torna-se um fenômeno que organiza nosso existir. É por isso que apenas o ser humano existe como um ser, e nada mais existe como tal. Sendo assim, a morte terá um sentido apenas para aquele que existe. Integrar este ser para a morte nos dá consciência para compreender a temporalidade de nós mesmos, e encontrar nossa própria versão da verdade de nossa existência. A angústia de morrer é, portanto, a angústia de existir, que torna-se singular para cada um de nós. Deste modo, a angústia funda nossa existência. (HEIDEGGER, 1927)

Isso indica que a própria certeza sobre nossa finitude nos concede uma abertura amedrontadora para nossa autorrealização. Embora acreditemos que esse dia nunca chegará, ela está presente e serve de ancoragem à nossa direção. A Psicanálise se ocupa desta mesma temática em relação à morte. O texto *A Introdução ao Narcisismo* de autoria de Sigmund Freud (1915) ilustra o conflito intenso do ser humano dentre o registro inconsciente de onipotência, e a vulnerabilidade do princípio da realidade. O inconsciente tangido no princípio do prazer, está impossibilitado de elaborar a sua própria morte, juízos de qualidade ou temporalidade. Já o princípio da realidade está análogo à consciência, que segue os juízos da realidade, que é vulnerável. Esse conflito entre vulnerabilidade e onipotência faz com que o ser humano busque na ficção, na literatura e no teatro um substituto para lidar com o peso da realidade. No âmbito da fantasia, encontramos a identificação com a morte e o assassinio, preservando a imortalidade na repetição. “No reino da ficção encontramos a pluralidade de vidas de que temos necessidade. Morremos na identificação com um herói, mas sobrevivemos a ele e já estamos prontos a morrer uma segunda vez com outro, igualmente incólumes.” (FREUD, 1915, p. 173)

A literatura ocidental traz narrativas definidamente diferenciadas entre si, porém com motivos deste mesmo tipo. Histórias que encerram a busca do ser humano pela imortalidade. Narrativas como essas, consagradas na fantasia e que encerram um motivo mitológico de onipotência do ser humano, estão presentes nas literaturas gregas de Homero, por exemplo, nos mortais que desafiaram os deuses e foram punidos, como o Mito de Sísifo. “Apenas num âmbito a onipotência dos pensamentos foi conservada em nossa cultura, no âmbito da arte” (FREUD, 1913, p. 142).

O mito de Sísifo remonta a história do mortal Sísifo, Filho de Éolo, rei de Tessália, que era considerado o mais astuto de todos os mortais. Quando Zeus raptou Egina, seu pai o deus Asopo estava a sua procura em Tessália, mais especificamente na cidade de Corinto. Sísifo sabia do paradeiro de Egina, mas iria relatar a Asopo apenas se o mesmo abastecesse a cidade com um manancial. Asopo então acata o seu pedido e faz brotar uma fonte atrás do templo de Afrodite. Zeus escapa por pouco da vingança de Asopo, e fica extremamente furioso, ordenando que Hades, seu irmão e deus do submundo, condenasse Sísifo ao tártaro, por ter violado segredos divinos. No entanto, Sísifo prende Hades, e o algema por dois dias, o que é claro, ocasiona um fenômeno de imortalidade em Tessália, já que Hades era responsável por levar os seres humanos ao submundo. Pessoas eram decapitadas ou esquartejadas e mesmo assim continuavam vivas.

Ares, no entanto, o deus da guerra, apressa em ajudar o deus do submundo, libertando-o. Sísifo volta para seu eterno castigo. Essa foi a primeira vez que Sísifo enganou a morte, porém ele tenta mais uma vez. Antes de descer ao Tártaro, ele tinha solicitado a sua mulher, Mérope, para que não o enterrasse. Ao chegar ao palácio de Hades, no submundo, vai ao encontro de Perséfone, a rainha do submundo, e tenta enganá-la dizendo que não tinha sido enterrado, então não poderia estar no submundo. Pede então a deusa que o deixe voltar ao mundo dos vivos, para organizar seu enterro, e quando terminasse sua missão, retornaria em três dias. Perséfone atende seu pedido mas Sísifo nunca retorna, e vê mais uma vez a luz do sol. Ele quebra a promessa feita para Perséfone. Hermes então, o mensageiro de Hades e responsável por conduzir os mortos ao submundo, captura novamente Sísifo. Ele então recebe um castigo drástico dos deuses, por desafiar os deuses. Os juizes dos mortos o condenam a rolar costa acima um enorme bloco de pedra até o topo de uma montanha. No entanto, ele nunca consegue fazer isso. Sempre que está prestes a chegar no topo, a pedra rola para baixo da montanha e o leva junto. Ele fica obrigado a retroceder durante toda a eternidade por desafiar os deuses da morte. (GRAVES, 2018)

Referenciando a análise de Albert Camus (1941) acerca do mito de Sísifo, os deuses condenaram Sísifo a um trabalho inútil e sem esperança, que nunca estaria completo. É como se eles soubessem que não existiria castigo mais terrível para o homem mortal do que perder o sentido de suas atividades. Ao resgatar o motivo da imortalidade presente neste mito, Sísifo é o homem pelo qual em busca da extensão da vida máxima, se condena a vivê-la sem significado. O mito de Sísifo, como coloca Camus (1913-1960), é a representação da tragédia e o luto do sentido da vida, porque viver sem sentido é quase como viver estando morto. (CAMUS, 1941)

Esta análise vai ao encontro de uma reflexão da existência gerada pela morte. As pessoas que lutam tanto demasiadamente pela vida a ponto de não conseguirem pensar sobre ela. A análise de Camus (1913-1960) expõe o paradoxo da ambivalência afetiva que significa ser humano, a que se ocupa toda a Psicologia. Onde há inércia a morte se configura em vida, ao mesmo tempo que esse ideal só existe porque não há formas reais de se tornar imortal. São metas inacessíveis como essas que conferem sentido à vida. Nessa antinomia, entre vulnerabilidade e onipotência, é que está o significado de viver, e a imortalidade consagraria um embotamento desse confronto, responsável pela busca de sentido. Ao pensar na possibilidade de poder alcançar esse ideal algum dia, a inércia do vazio de não existir a morte presente também se constela nesse sentido. Caberia a Sísifo se questionar o que realizaria em sua existência se a morte não lhe acompanhasse em sua jornada?

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte, assim como outros temas que encerram a vulnerabilidade humana, estão cada vez mais ocultados sob o princípio da perfeição. Quando fala-se de supra, vai-se além do que é super, algo extraordinário. Esse algo que designa em sua etimologia a superioridade, excelência e excesso estão implicados na lógica de consumo. A sociedade do cansaço remodeladora do impossível pressupõe os dispositivos que interpelam constantemente nossos desejos estéticos, tidos como instrumentos de realização. A ditadura da felicidade, que impõe o sentimento de felicidade a todo custo, exclui experiências de sofrimento, inerentes à vulnerabilidade humana.

Em fenômenos como esse, a relação com a vida é permeada pelo princípio da objetificação e o sentido vital é a realização dos desejos do outro; na experiência de uma existência perfeita e rápida. Isso acontece talvez porque há o desrespeito com o ritmo que é possível à pessoa. Não há mais tempo nem mais o direito de sequer possuir um ritmo. Os próprios ritmos foram violados pela lógica da perfeição. É claro que isso está associado a um luto dificultoso, e as intervenções desnecessárias no contexto da saúde. Entende-se que, reprimindo a elaboração da morte, a possibilidade de haver sofrimento quando em contato com ela é maior.

A história mostra que a hostilização da morte é uma herança da medicina moderna, que tem o foco na doença. Assim, a ciência se instrumentalizou para domar o que é essencialmente indomável, para se esquivar da doença, antecede-la, driblá-la, e consequentemente controlar a vida. Esse mesmo olhar, que por um lado nega a morte, trouxe grandes contribuições para as áreas biológicas, mas por outro lado leva a uma busca desenfreada e por vezes, obstinada pela vida. Neste caminho, a medicina acaba por surtir efeitos contrários aos objetivos propostos, se tornando uma guerra de poderes científicos, com uma certa ilusão de onipotência do médico. E no contexto de Cuidados Paliativos, isso se torna perigoso e reproduz sofrimento, porque quando a vida física é considerada o bem supremo e absoluto, acima da dignidade humana, o amor natural pela vida se transforma em idolatria pela perfeição.

Alguns profissionais promovem implicitamente esse culto idólatra da vida, organizando a fase terminal como uma luta a todo custo contra a morte e por isso, há centenas ou talvez milhares de doentes hoje jogados a um sofrimento sem perspectiva em hospitais. Em outras palavras, a ética do Cuidado Paliativo é encarar a impotência diante da morte, aceitando a vulnerabilidade que os convoca como seres humanos. Isso significa que cuidar de alguém, não é curá-la a todo custo, mas sim esticar

a mão para os maiores valores sobre o que é ser humano, e como pode-se promover qualidade de vida e conforto enquanto profissionais da saúde.

Já o Cuidado Paliativo como prática, busca promover a qualidade de vida desses pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, onde o foco é o alívio do sofrimento e não a cura, resgatando a qualidade humana das intervenções. É um atendimento que integra todas as dimensões do ser, e por isso precisa de uma equipe multidisciplinar que atenda a cada necessidade apresentada. Considerando que as consequências do adoecimento produzem sofrimento intenso nas pessoas envolvidas, o trabalho da Psicologia Hospitalar em Cuidados Paliativos é diminuir o sofrimento e desafogar a subjetividade das pessoas. O que atravessa como profissionais da saúde é que se há algo em comum entre Psicologia e Cuidados Paliativos, é essa capacidade de produzir encontros que estão além da compreensão mecanicista.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI, Camom Valdemar Augusto, 1950. **Tendências em psicologia hospitalar** I.Valdemar Augusto Angerami-Camon. - São Paulo : Pioneira Thomson Learning, 2004

ARIÈS, Phillippe. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2012.

BARROS, Assunção, José. **A REVISÃO BIBLIOGRÁFICA – UMA DIMENSÃO FUNDAMENTAL PARA O PLANEJAMENTO DA PESQUISA**. 11.^a ed. R. Est. Pesq. Educ. Juiz de Fora, 2009.

CASTRO MCF, Fuly PSC, Santos MLSC, Chagas MC. **Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos**. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200311. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>

CAMUS, Albert. **O mito de Sísifo**. Tradução de Ari Roitman e Paulina Watch. Rio de Janeiro: Record, 2008.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3.ed. rev. e atual. São Paulo: Fundação Dorina Nowill para Cegos, 2009.

FREUD, S. (2010b). **Introdução ao narcisismo**. In S. Freud, Obras completas (P. C. de Souza, Trad., Vol. 12, pp. 13-50). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914

FREUD, S. (2012b). **Totem e tabu**. In S. Freud, Obras completas (P. C. de Souza, Trad., Vol. 11, pp. 13-244). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1913)

GRAVES, Robert, 1895-1985 **Os mitos gregos** [recurso eletrônico]: volumes 1 e 2 / Robert Graves; tradução Fernando Klabin. – 3. ed. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo** (1927), Partes I e II, tradução de Marcia Sá Cavalcante Schuback, Petrópolis: Vozes, 2002. [Sein und Zeit, Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann, 1977.] Que é metafísica? (1929) in Conferências e escritos filosóficos, tradução de Ernildo Stein, São Paulo: Nova Cultural, 2005.

MATSUMOTO, D. Y. (2012). **Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. In: Carvalho, R. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP (2ª ed.) (pp. 24-26). Rio de Janeiro: Diographic.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**/ Alfredo Simonetti. 8º ed. - São Paulo : Casa do Psicólogo, 2016)

SHOPENHAUER, Artuhur 1788-1860. **Sobre a morte, pensamentos e conclusões sobre as últimas coisas**. 1.º edição. trad. Karina Jannini. Ed. Martins Fontes, São Paulo, 2013.