



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Gusthavo Oliveira Gomes

CUIDADOS PALIATIVOS E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Palmas – TO

2021

Gusthavo Oliveira Gomes

CUIDADOS PALIATIVO E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof.a M.e Izabela Almeida Querido.

Palmas – TO

2021

Gusthavo Oliveira Gomes

CUIDADOS PALIATIVOS E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof.a M.e Izabela Almeida Querido

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.a Me. Izabela Almeida Querido

Orientador

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.a Me. Ana Leticia Covre Odorizzi

Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP

Prof.a Me. Muriel Correa Neves Rodrigues

Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP

Palmas – TO

2021

RESUMO

GOMES, Gustavo Oliveira. **Cuidados paliativos e a terapia cognitivo-comportamental**, 2021. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2021.

O presente trabalho discutiu o documentário “*A Partida Final*” através de uma análise cognitivo-comportamental nos personagens em estado terminal. Tendo em vista que a prática clínica em cuidados paliativos é definida como o controle e alívio da dor e de outros sintomas, é necessário uma equipe multidisciplinar para o cuidado com o paciente e a família devido a sua complexidade, onde o psicólogo e a técnica cognitivo-comportamental tem se mostrado um instrumento eficaz nessa intervenção. Diante disso utilizou-se como metodologia um estudo de caso por meio da filmografia, com abordagem qualitativa e objetivo metodológico exploratório. A análise da pesquisa obteve conhecimento acerca dos cuidados paliativos e discutiu a aplicabilidade da teoria cognitivo-comportamental. Evidenciando assim a prática da técnica cognitivo-comportamental utilizada para que o psicólogo tenha um amplo domínio sobre a mesma e saiba entender quando e como aplicar as técnicas.

Palavras-chaves: Cuidados Paliativos. Terapia Cognitivo-Comportamental. Humanização.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Funcionamento Cognitivo.....	12
Quadro 02 – Artigos encontrados na pesquisa bibliográfica e utilizados na discussão do estudo de caso do filme “A partida final” segundo seu ano de publicação, título e autores.....	18
Quadro 03 – Vantagens e Desvantagens do cuidado paliativo em leito hospitalar de acordo com a avaliação do autor.....	22
Quadro 04 – Vantagens e desvantagens do cuidado paliativo em domicílio na visão do autor.....	23
Quadro 05 – Critérios utilizados para que seja ofertado o cuidado no modelo domiciliar.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Atenção e da Gestão na Saúde
PNHAH	Programa Nacional de Humanização Assistência Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	09
2.1 Humanização da Assistência em Saúde e o Cuidado Paliativo.....	09
2.2 A experiência do adoecer e o Cuidados Paliativos.....	11
2.3 Terapia Cognitivo-Comportamental e o enfrentamento ao adoecimento.....	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
5 REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

O termo Cuidados Paliativos é utilizado para determinar a ação de uma equipe multiprofissional frente a pacientes fora da possibilidade terapêutica de cura (MATSUMOTO 2012).

O movimento *hospice* contemporâneo foi introduzido pela inglesa Cicely Saunders em 1967, cuja filosofia é o cuidar diante do controle efetivo da dor e de outros sintomas. Presentes em fases avançadas da doença, o cuidado com as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e familiares são necessários ao manejo do sofrimento de adoecer e não poder curar-se (PIMENTA; MOTA; da CRUZ, 2006).

O cuidado paliativo no Brasil hoje é política pública e abrange todos os níveis de atenção à saúde dentro do Sistema Único de Saúde – SUS. Tendo seu início na década de 1980, sendo consolidado no ano 2000 (MANUAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Santos (2019) diz que estimasse que cerca de 700 mil pessoas necessitarão de cuidados paliativos no Brasil ao ano. Dados preliminares apontam um número de 10 a 12 mil enfermeiros capacitados em cuidados paliativos e 4 a 6 mil médicos.

O autor citado acima afirma a necessidade da capacitação do profissional de saúde em cuidados paliativos, tornando-se pedra angular nesse processo. Markus (2017) diz, que a realidade poderia ser diferente se houvesse maior capacitação profissional e uma educação continuada, isso porque geraria melhor qualidade de vida aos pacientes que esteja no processo de finitude humana.

Seus princípios citados pelo Manual dos Cuidados Paliativos (2012), são: afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; promover alívio da dor, não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado; oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto.

Nesse sentido, ocorre a valorização do conhecimento prévio em cuidados paliativos, e a luta por uma assistência para o bem-estar ao paciente. Machado (2013), apresenta o cuidado paliativo como atividade fundamental em todas as fases da doença de um indivíduo, salientando que na fase terminal, exige habilidades especiais do profissional de saúde.

Visto que os cuidados paliativos são executados por uma equipe multidisciplinar, a psicologia tem um papel importantíssimo na prevenção e alívio da dor em esfera psicológica, e na integridade do cuidado, do respeito e resgate à dignidade humana perante o adoecer. O psicólogo inserido na saúde e na hospitalização tem por objetivo: compreender como é possível,

através de intervenção psicológicas, contribuir para melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades (TEIXEIRA, 2004), e para a psicologia hospitalar seu objetivo é a elaboração simbólica do adoecimento, ou seja, ajudar o paciente a atravessar a experiência do adoecimento através de sua subjetividade (SIMONETTI, 2004).

O psicólogo em cuidados paliativos, atua nas desordens psíquicas que geram estresse, depressão, sofrimento, fornecendo suporte à família, além de buscar o tempo todo, maneiras para que o paciente tenha sua autonomia respeitada.

Nesse sentido, foi proposto o estudo sobre a Psicologia e os Cuidados Paliativos, com aportes também numa perspectiva cognitivo-comportamental. Se norteou no problema de pesquisa “de que forma os cuidados paliativos se apresentam no documentário “*A Partida Final*”?”

Esperou-se alcançar com o estudo a compreensão dos Cuidados Paliativos e a humanização desse atendimento a partir de um caso selecionado em filme. Bem como que o olhar da Teoria Cognitivo-Comportamental possa explicar alguns sofrimentos apresentados pelos personagens do filme envolvidos nos Cuidados Paliativos.

Teve, portanto, como objetivo geral analisar sob a perspectiva dos Cuidados Paliativos e do modelo cognitivo-comportamental o documentário “*A Partida Final*”. E por objetivos específicos: descrever o que são Cuidados Paliativos; apresentar qual a visão cognitivo-comportamental do sofrimento psíquico pelo adoecimento; evidenciar de que forma a compreensão cognitiva-comportamental do sofrimento pode influenciar o tratamento paliativo; analisar os Cuidados Paliativos ofertados na história do documentário selecionado; traçar um comparativo entre o Cuidado Paliativo realizado no documentário e o que é ofertado e regulamentado hoje no sistema público e privado de saúde Brasileiro. Trata-se de uma pesquisa básica, de abordagem qualitativa e objetivo metodológico exploratório, sendo seu procedimento um estudo de caso por meio da filmografia.

O documentário selecionado retrata a vivência de uma doença grave, incurável e ameaçadora à vida. “*A Partida Final*”, 2018, é uma produção de Rob Epstein e Jeffrey Friedman, 0h 40min, disponível no Netflix. Em São Francisco, Califórnia, pacientes terminais conhecem médicos, enfermeiros e assistentes sociais extraordinários que trabalham para mudar a percepção sobre a vida e a morte de seus pacientes, de seus familiares e seus amigos.

Os dados foram apresentados em formato de Caso Clínico (Filmografia) e seguido de discussão com a literatura pertinente ao abordado. Buscou-se à luz do Modelo Cognitivo-Comportamental e do Modelo Cognitivo dos Transtornos Mentais analisar as variáveis queixas do personagem e dificuldades apresentadas, seus sentimentos e comportamentos perante estas.

Fora também analisada a visão da morte que alguns personagens possuíam, e suas crenças sobre a vida e sobre si mesmo.

Antes de iniciar o estudo de caso do documentário “*A Partida Final*” realizou-se uma pesquisa bibliográfica para seleção de artigos científicos que abordassem o tema cuidados paliativos e terapia cognitivo-comportamental para escopo na discussão dos aspectos identificados no documentário. Considerou-se, portanto, como dados desta pesquisa o documentário e os artigos selecionados. As explicações acerca da metodologia utilizada é explicada nos resultados e discussões.

No Brasil, cerca de 54 milhões de pessoas tem pelo menos uma doença crônica. As doenças crônicas são responsáveis por 72% das causas de morte no país. Diabetes, colesterol, hipertensão arterial e depressão são as doenças que mais predominam (BRASIL, 2014).

A assistência ao paciente com premência de cuidados paliativos é um desafio para a equipe multidisciplinar. A psicologia tem como papel dar um novo direcionamento aos critérios que tem relação com a qualidade e ao significado da vida. É dar condições ao doente de lidar com essa situação e redescobrir o sentido da vida no momento vivenciado por ele.

Bardagi et al. (2008) afirma que grande parte dos profissionais da psicologia, inseridos na área da saúde não são capacitados devidamente, por conta de uma formação que privilegia o padrão clínico psicoterapêutico. Segundo a autora, diante da necessidade de inserção do psicólogo em contextos da saúde, é importante uma maior amplitude de conhecimentos que possibilitem à atuação em diversos modelos de intervenção.

De forma que, o estudo sobre Cuidados Paliativos é necessário, mostrando-se relevante que o psicólogo atue de forma voltada para a subjetividade e singularidade do paciente. Tornando-se indispensável a participação do paciente nas decisões a serem tomadas, sendo reconhecido sua autonomia, mantendo assim um relacionamento horizontal entre paciente e profissional. Ensinar a lidar com a morte é algo enigmático, que requer colocar-se no lugar do outro.

Dessa forma, justifica-se a importância de compreender sobre Cuidados Paliativos numa visão cognitiva comportamental, a fim de analisar de que forma a Terapia Cognitiva Comportamental pode auxiliar nos Cuidados Paliativos.

Em ponto que relevância social será proporcionar uma reflexão quanto a assistência prestada aos pacientes, resultando em benefícios para junto ao paciente e família, prestando assim uma melhor qualidade de vida, amenização do sofrimento, ansiedade e depressão ao paciente mesmo diante da morte.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Humanização da Assistência em Saúde e o Cuidado Paliativo

O termo “humanização” cada vez mais tem sido discutido no cenário da assistência ao usuário de serviços. O propósito de humanizar, em todos os sentidos, mais objetivamente no caso da saúde, implica aceitar e reconhecer que nessa área e em suas práticas, ocorrem vários problemas e carências. Não há definição precisa para o termo, sendo utilizado o conceito “respeitar o outro” e “como um ser singular e digno”. Para o filósofo autor destas frases, Gadamer (1997), toda compreensão é um exercício hermenêutico e o estudo da linguagem é o caminho para a análise dos significados. Heckman (1986), citado por Silva (2002), afirma então que linguagem e realidade estão profundamente articuladas. O mundo só é "mundo" na medida em que vem à linguagem e a linguagem é real na medida em que o mundo é nela representado, constituindo implicitamente o pressuposto que a linguagem constitui caráter universal do humano.

Dessa maneira, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética, onde a dor, sofrimento e prazer expressos pelos sujeitos em palavras necessitam ser reconhecidos pelo outro. Silva (2002) destaca ainda a importância de lembrar que a comunicação não verbal também figura como expressão humana e de sua busca por ser compreendida.

Segundo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), somente o modelo motivado pela solidariedade, realizado pelo encontro intersubjetivo e mediado pela palavra, é capaz de promover a humanização (BRASIL, 2000).

A missão de humanizar, num sentido amplo, é proporcionar melhora no tratamento intersubjetivo. Incentivado por todos os meios possíveis, engloba a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, dos gestores, dos funcionários e dos técnicos, bem como a organização para a participação ativa dos usuários nos processos de prevenção, cura e reabilitação. Humanizar não é somente amenizar a convivência hospitalar, senão, uma grande ocasião para organizar-se na luta contra a inumanidade, quaisquer que sejam as formas que a mesma adote (TANJI, 2000).

Ainda segundo esse mesmo autor, Tanji (2000), humanizar a assistência em saúde implica, nesse sentido, em dar voz ao usuário e ao profissional da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade.

Consolidada em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) busca reafirmar os diferentes princípios do SUS efetivando a concretude das práticas de saúde.

A política de humanização para Archanjo (2010), traz a reflexão acerca das ações em saúde e buscando a qualidade e o respeito das relações na saúde. A PNH é o que mapeia os Cuidados Paliativos desde o início do PNHAH, intervindo relativamente na humanização da dor, humanização da velhice, humanização do cuidado no ambiente hospitalar, humanização no final da vida em pacientes idosos e comunicação como um fator na humanização na terceira idade.

A humanização das práticas em saúde é tão fundamentais que pode ser enumeradas a fim de dimensionar a necessidade da humanização da assistência em saúde nos Cuidados Paliativos: envelhecimento populacional que vem acompanhado de doenças crônicas e/ou degenerativas, câncer, HIV e outras enfermidades (CARVALHO; PARSONS, 2012).

A tecnologia tem ajudado a salvar vidas de pacientes críticos com potencial de cura. As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é um dos ambientes que reflete essa evolução da tecnologia. Este busca junto a ciência médica busca a cura das doenças e prolongar a vida, no entanto, desconsideram o lado emocional e acaba afastando o médico do vínculo com pacientes em quadro grave (COHEN; GOBETTI, 2001).

Neste cenário, Melo (2012) cita que os Cuidados Paliativos vem para mostrar aos profissionais em saúde a necessidade do cuidado integral a pessoas que estão em processo de finitude. Ou seja, esse paciente deve ser visto como um ser humano único, digno, que tem sua história de vida, sendo esse cuidado essencial por validar essas experiências.

A medicina paliativa tem como lema o cuidar e auxiliar o indivíduo a ter realizações pessoais durante o enfrentamento da doença e em seus últimos dias de vida. Assegurando o respeito e o cuidado em todos os momentos da vida, não esquecendo dos cuidados essenciais e especiais, para que esses pacientes possam viver da melhor maneira até o seu possível fim. (PEDREIRA, 2013).

2.2 A experiência do adoecer e os Cuidados Paliativos

Em busca de uma humanização para atendimento em equipes a pacientes fora da possibilidade terapêutica de cura, foi criado a especialidade médica denomina Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos é uma filosofia sobre o cuidar, visando prevenir e aliviar o

sofrimento humano em suas dimensões, sendo elas físicas, sociais, psicológicas e espirituais, dando ao paciente e sua família uma melhor qualidade de vida (RODRIGUES 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016, p. 2) conceitua cuidados paliativos como:

Uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Cuidados paliativos afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural. Processo esse que não apressam e nem prolongam a morte, provêm alívio da dor e de outros sintomas, integrando cuidados (OMS, 1990).

O Cuidado Paliativo é um conceito metodológico e instrumental em construção. Sua definição e estratégias ainda é um desafio. Nos Cuidados Paliativos a ação não é movida apenas pela competência técnico científico, no qual é apoiado no processo diagnóstico e terapêutico, mas também determinada por questões políticas, éticas, culturais, sociais e subjetivas. Nesse sentido, os Cuidados Paliativos são direcionados a melhoria da condição de vida de todos os pacientes com doenças progressivas e irreversíveis. É importante ressaltar que Cuidados Paliativos devem proporcionar não apenas o alívio como também a prevenção de um sintoma ou situação de crise (BRASIL, 2008).

Nesse mesmo cenário, Pessini (2006) cita que a dor e o sofrimento precisam de prioridade na hierarquia do cuidado do sistema de saúde. Cuidado significa apoio a condição do outro, e constitui-se no interesse em proporcionar o bem-estar e fazer o possível para amenizar a situação. Cuidar do outro é dar a ele tempo, atenção e/ou algo que possa contribuir para tornar a situação menos penosa. Portanto, cuidar deve ter prioridade sobre a cura.

Referindo a qualidade de vida que cuidados paliativos visa proporcionar a pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura, Ribeiro (2008, p. 82) afirma;

Quando o objetivo é qualidade de vida, está implícito um juízo de valor ao determinar a futilidade de um determinado tratamento, posto que não há conceito único e universal de qualidade de vida, mas sim um conceito pessoal que varia de pessoa para pessoa. Para tomar decisões baseadas também no conceito de qualidade de vida é necessário considerar os aspectos existenciais do paciente e de sua família.

A experiência do adoecer é muito difícil não só para o paciente, todavia também para todos que vivenciam aquele momento. Esse processo modifica todo o funcionamento das regras e padrões propostos pela família, sendo necessário adaptações para atender a demanda advindas da doença e tratamento. Walsh (1998) diz que as adaptações feitas pelos membros da família, mudanças de papéis, flexibilidade e cuidado integral proporcionarão alívio do sofrimento e da

dor. Ressaltando que adaptação não irá implicar na aceitação definitiva das perdas, mudanças, etc., essa adaptação promove descobertas que possibilitam maneiras de seguir em frente com a vida, tornando esse sistema familiar funcional novamente.

A vivência de uma doença sem cura é singular, apesar de ser vivenciada por todos que estão presente nesse processo terapêutico do paciente. Cada paciente compreende e expressa a experiência da dor como fator de adaptação de forma única. Isso porque subentende que ao ter o controle da sua vida, percebe-se menos a intensidade da dor, mostra maiores níveis de atividades e utiliza estratégias de enfrentamento mais adaptativas (PESSINI, 2010).

Ações educativas visam tornar agentes de autocuidado e participantes conscientes do manejo do processo terapêutico. Dor envolve aspectos emocionais e cognitivos, levando a crença de acordo com que o doente sabe acerca da sua dor irá definir a forma que ele irá lidar com a situação em que se encontra.

Educar pacientes e cuidadores tem sido uma das chaves fundamentais para o efetivo controle da dor. Em suma, além da educação continuada, também o uso da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem-se mostrado um instrumento eficaz quando se fala em tratamento para alívio da dor e sofrimento de pacientes em quadro paliativo (MICELI, 2002).

2.3 A Terapia Cognitivo-Comportamental e o enfrentamento ao adoecimento

Criada por Aaron Beck na década de 1960, a Terapia Cognitivo-Comportamental, é uma abordagem diretiva, objetiva, e está focada nos problemas apresentados no aqui e no agora, trabalhando pensamentos, sentimentos e comportamentos atuais do paciente, utilizando-se de sua história de vida passada apenas quando essa contribuir com um melhor entendimento de suas crenças, é uma abordagem de tempo limitado e baseada no método científico (BECK, 1997).

A Terapia Cognitivo-Comportamental é bastante utilizada no contexto hospitalar. Penido e Pereira (2010, p. 149) diz que a teoria se utiliza de um modelo psicossocial e cita que a “influência de fatores psicológicos, ambientais, biológicos e sociais como fundamentais para o entendimento do comportamento humano”.

A pessoa com doença incurável ao receber seu diagnóstico acaba por provocar diversas reações emocionais que apresentam relação com as cognições ativadas ao redor do diagnóstico. Dessa forma, Aquino et al, 2008, p77 diz;

Assim, considera-se pertinente o modelo cognitivo desenvolvido por Aaron Beck, em que se propõe haver uma inter-relação recíproca entre pensamento

comportamento e emoção, pois a interpretação de um evento pode ativar cognições e tais cognições podem influenciar comportamentos e emoções

A atividade cognitiva pode influenciar os comportamentos e emoções do paciente após o recebimento de seu diagnóstico no qual poderá gerar transtornos psicológicos em função das distorções cognitivas.

Pupulim e Sawada (2021, p. 622) afirma que quando se confrontar a doença e o tratamento, os pacientes vão se deparar com fatores que interferem no seu estilo de vida, somando-se a convivência com pessoas que não fazem parte de sua estrutura social. Dessa forma, a hospitalização vai requerer aceitação, adaptação, submissão e resignação.

Desta maneira, a hospitalização gera um processo de despersonalização, que acarreta a perda de autonomia de vários aspectos da vida. Assim, a maneira de adaptação a experiência hospitalar depende de fatores como a natureza do problema de saúde, idade, presença de apoio emocional, estilo cognitivo e estratégias de enfrentamento (PENIDO; PEREIRA, 2010, p. 195).

Três fatores auxiliam para o surgimento de crises em respostas a situações estressoras: “1 - fatores cognitivos: crenças, atitudes e suposições irrealistas; distorções cognitivas; recordações e percepções tendenciosas; tríade cognitiva; falta de informação. 2 – fatores comportamentais: falta de estratégias de enfrentamento; falta de apoio social; incapacidade de pedir ajuda. 3 – fator físico: cansaço”. (KITAYAMA; MANUTTI, 2008, p. 23)

Silva (2004, p. 321) cita que o “funcionamento cognitivo é composto por níveis de pensamentos inter-relacionados, correlacionados pela percepção e interpretação dos fatores que irão afetar a maneira de sentir do indivíduo: pensamento automático, crença intermediária e crenças centrais”.

Quadro 01 – Funcionamento Cognitivo

FUNCIONAMENTO COGNITIVO	
Pensamentos Automáticos	São pensamentos que em sua grande maioria não são percebidos conscientemente, acontece de forma involuntária e automática. Alguns pensamentos automáticos são distorcidos e/ou exagerados, acarretando prejuízos emocionais, pois são estes que moldam emoções e as percepções dos indivíduos frente aos eventos cotidianos.
Crenças	São os fenômenos cognitivos mais duradouros, as crenças são construídas nos primeiros estágios de desenvolvimento e determinam o modo como as pessoas se veem, como percebem os outros no mundo.
	São classificadas como: a) crenças nucleares de desamparo: ser frágil, vulnerável, carente,

Crenças Centrais	impotente; b) crenças nucleares de desamor: ser indesejado, incapaz de ser amado, rejeitado; c) crenças nucleares de desvalor: falho, incapaz, sem valor.
Crenças Intermediárias	As crenças intermediárias são oriundas das crenças centrais, que por sua vez influenciam no modo como o indivíduo percebem determinadas situações. Segundo Knapp (2004), são construções cognitivas disfuncionais, subjacentes aos pensamentos automáticos. São regras, padrões, normas, atitudes que adotamos e que guiam nossa conduta.
Estratégia de Enfrentamento	Os comportamentos que o indivíduo utiliza na tentativa de lidar com suas crenças. Esse comportamento de enfrentamento tem ligação direta com as regras e pressuposto disfuncionais e acabam por reforçar ainda mais essas crenças.
Distorções Cognitivas	São compreendidas como vieses sistemáticos na forma como o indivíduo interpretam suas experiências. Knapp (2004) diz que as distorções cognitivas podem levar a conclusões equivocadas mesmo quando sua percepção da situação é acurada.

Fonte: Souza, Scherer, Ramos; Baião, 2013.

O paciente em cuidados paliativos quando em leito hospitalar tem como distorção cognitiva mais comum a “catastrofização”. Penido e Pereira (2010) compreende catastrofização como “pensar que irá acontecer à pior possibilidade no futuro, excluindo outros possíveis desfechos” (p. 206). Sendo a catastrofização uma distorção cognitiva, onde ocorre a supervalorização negativa aos acontecimentos, não conseguindo investimentos pessoais para enfrentar a crise e reagindo de forma exacerbada.

Sobre o tratamento numa perspectiva cognitivo comportamental a teoria traz vários instrumentos utilizados no *setting* terapêutico. Knaap (2004) cita que alguns recursos são utilizados para modificar a cognição do indivíduo, sendo eles:

Psicoeducação, é a técnica onde o terapeuta educa o paciente sobre o modelo cónitivo-comportamental ajudando-o a ter mais autonomia no processo terapêutico, compreendendo seus pensamentos automáticos e transtornos, identificando e mudando pensamentos, quebrando padrões de pensamentos disfuncionais e tendo manejo sobre as emoções;

Questionamento Socrático, tem como base uma série de questionamentos que tem por objetivo auxiliar para que o paciente compreenda seus próprios pensamentos;

Registro de Pensamentos Disfuncionais, irá consistir em anotações sobre pensamentos desagradáveis, sendo necessário em alguns casos que anote também reações físicas, sentimentos e comportamentos por parte do paciente;

Treino de Habilidade, são simulações que irá ocorrer dentro do consultório para que o paciente possa desenvolver competências sociais para que seja “vivida” no mundo externo;

Dessensibilização Sistemática, as figuras que lhe causam medo serão apresentadas de forma gradual para que dessa forma o paciente passe a substituir seus sentimentos de tensão/medo por relaxamento;

Reestruturação Cognitiva, consiste na modificação dos esquemas de pensamentos;

Técnica de Exposição, parte do princípio da habituação, ocorrerá exposição repetitiva sobre determinado estímulo afim de gerar uma reação psicofisiológica menor;

Técnica de Respiração e Relaxamento, é onde se aprende a administrar os aspectos filosóficos de suas reações emocionais;

Técnica de Solução de Problemas, consiste em mapeamento para que possa se resolver uma situação e tenha tomada de decisões;

Técnica Operante, é a técnica responsável pela modificação do comportamento, onde o condicionamento através do reforço.

Judith Beck (2010, p. 43) afirma que o tratamento para cada indivíduo deve ser adequado a sua demanda, onde elenca os princípios básicos no tratamento da TCC como:

1. A Terapia Cognitivo Comportamental está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos.
2. A Terapia Cognitivo Comportamental requer uma aliança terapêutica sólida.
3. A Terapia Cognitivo Comportamental enfatiza a colaboração e a participação ativa.
4. A Terapia Cognitivo Comportamental é orientada para objetivos e focada em problemas.
5. A Terapia Cognitivo Comportamental enfatiza inicialmente o presente.
6. A Terapia Cognitivo Comportamental é educativa, sendo seu objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaídas.
7. A Terapia Cognitivo Comportamental visa ser limitada no tempo.
8. As sessões de Terapia Cognitivo Comportamental são estruturadas.
9. A Terapia Cognitivo Comportamental ensina os pacientes a identificar, avaliar, responder, aos seus pensamentos e crenças disfuncionais.

10. A Teoria Cognitivo Comportamental usa uma variedade de técnicas para mudar o humor, comportamento e o pensamento.

Para Pereira e Rangé (2011), o tratamento psicoterápico irá envolver a reestruturação cognitiva, a avaliação, identificação de problemas, delimitação de um foco, conceituação cognitiva elaborada de forma colaborativa com o paciente, intervenções para diminuir a intensidade de pensamentos automáticos negativos e identificação e questionamento de regras e suposições.

A TCC em pacientes em cuidados paliativos é bastante indicada, Gomes e Pergher (2010, p. 174) afirma isso por ela “apresentar breve duração, orientação para o presente, e a modificação de comportamentos e pensamentos disfuncionais para o uso de estratégias de enfrentamento mais adequadas”. Além de identificar as interpretações do paciente acerca do seu processo saúde-doença para que possa ser iniciado um “trabalho de reestruturação de pensamentos disfuncionais”, adotando interpretações que tenham base em evidências existentes na realidade ao invés de crenças irracionais (PENIDO; PEREIRA 2010, p. 197)

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de iniciar o estudo de caso do documentário “*A partida final*” realizou-se uma pesquisa bibliográfica para seleção de artigos científicos que abordassem o sobre os Cuidados Paliativos e Terapia Cognitivo-Comportamental para escopo na discussão dos aspectos identificados no documentário. Opta-se aqui por apresentar também tal resultado a fim de construir dados a serem discutidos, diante do caráter inédito da junção das duas temáticas proposto pela pesquisa. Considerou-se, portanto, como elementos desta pesquisa o documentário e os artigos selecionados.

Como estratégia de busca, utilizou-se os termos “Cuidados Paliativos” e “Terapia Cognitivo-Comportamental” na seguinte combinação: “cuidados paliativos e terapia cognitivo”, “cuidados paliativos”, “terapia cognitivo-comportamental”, “cuidados paliativos psicologia” “terapia cognitivo-comportamental”, “terapia cognitivo-comportamental e os cuidados paliativos”, “terapia cognitivo-comportamental e as doenças terminais”, “doenças terminais e seus cuidados” e “humanização da assistência”. A plataforma utilizada para busca foi o *Google Acadêmico*. Neste optou-se pelo intervalo de tempo “a qualquer momento” e “períodos específicos”, delimitado entre 2000 a 2020. Outras escolhas foi a da apresentação dos resultados na plataforma segundo “classificar por relevância” e em “qualquer idioma”.

Pela leitura de títulos e resumos dos dados entregues pela plataforma foram selecionados 37 artigos pertinentes com a temática proposta, sendo excluídos aqueles que não atendiam aos critérios estabelecidos: artigos fora do tema, textos completos não disponíveis e sem relevância ao pesquisador dentro do tema. Compuseram o banco de artigos para a discussão desta pesquisa 15 artigos.

Os artigos utilizados são aqui apresentados conforme seu ano de publicação, título e nome dos autores.

Quadro 02 – Artigos encontrados na pesquisa bibliográfica e utilizados na discussão do estudo de caso do filme “*A partida final*” segundo seu ano de publicação, título e autores.

ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	TEMÁTICA CENTRAL	AUTORES
2004	A reorganização da atenção em saúde mental sobre a qualidade e humanização da assistência	Assistência	Magda Dimenstein
2004	Teoria Cognitivo-Comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos	Aspectos teóricos e conceituais da TCC	Saint Clair Bahls e Ariana Bassetti B. Navolar

2006	Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar	Assistência hospitalar	Roberta A. Mota; Cileide Guedes M. Martins e Renata Vêras
2008	O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico	Diagnóstico	Shirley de Souza Silva; Thiago Antonio A. de Aquino e Roberta M. dos Santos
2009	Aplicações da Terapia Cognitivo-Comportamental em tratamento de câncer	Aplicabilidade da técnica em tratamento	Vanessa C. Lourenção; Rodolfo S. Júnior e Andréia Mara G. Luiz
2010	Aplicabilidade Teórico-prática da Terapia Cognitivo Comportamental na Psicologia Hospitalar	Aplicabilidade da técnica em âmbito hospitalar	Fernanda M. Pereira e Maria A. Penido
2011	Luto e perdas repentinas: contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental	Visão da perda na TCC	Lissia Ana Basso e Ricardo Wainer
2012	Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental nos cuidados paliativos	Aplicabilidade da TCC frente a CP	Martha Moreira C. Castro e Cristina L. Barroso
2013	Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde	Assistência	Hélida R. Hermes e Isabel Cristina A. Lamarca
2014	A Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de pacientes com dor crônica	Aspectos teóricos sobre a dor	Jacqueline Régia F. Duarte; Marina Gabriella de Oliveira Duarte e Andressa P. Lopes
2014	Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos	Assistência	Maria H. Silveira; Maria Helena T. Ciampone e Beatriz Aparecida O. Gutierrez
2014	Eficácia da terapia da dignidade no sofrimento psicossocial de doentes em fim de vida seguindo cuidados paliativos: ensaio clínico aleatorizado e controlado	Aspectos do cuidado paliativo diante das terapias em estudo	Miguel Julião
2015	Competências do psicólogo em cuidados paliativos	Assistência	Martinho, A. R.; Pilha, L.; e Paula Sapeta
2015	Terapia Cognitivo-Comportamental no hospital geral: a revisão da literatura	Assistência e visão da técnica	Nayara B. Peron e Luísa Marcorela A. Sartes

2016	Cuidados Paliativos	Aspectos cuidado finitude	ao em	Ana Luisa Z. Gomes e Marília B. Othero
------	---------------------	---------------------------------	----------	---

Fonte: Próprio autor, 2021.

Observou-se que os artigos selecionados trazem em comum, além da temática dos Cuidados Paliativos, características como a morte e o tabu de se falar sobre ela. Nessa perspectiva, os artigos trazem ainda informações sobre as técnicas de palição. Fala-se ainda sobre a humanização da assistência e seu manejo com a dor.

Os artigos apresentam também a visão Cognitivo-Comportamental para que se utilize de várias estratégias nesse conhecimento psicológico sobre a saúde dos indivíduos. A Terapia Cognitivo-Comportamental traz em sua aplicabilidade, por meio de estudos, a utilização de algumas técnicas utilizadas em consultório como a distração cognitiva e treinamento de habilidades sociais. Discutindo a utilização da teoria na compreensão desse processo saúde doença no contexto hospitalar.

Diante dos artigos selecionados, ao fazer link com a filmografia selecionada, foram percebidas temáticas no filme e analisadas como: *Zen Hospice*, onde é apresentado suas vantagens e desvantagens, os cuidados domiciliar, a formação do profissional, a escolha adequada para o tratamento; este com enfoque da Terapia Cognitivo-Comportamental nas estratégias como a de catastrofização, o processo depressivo, distorções cognitivas, psicoeducação, diálogo socrático, fases do luto, *roler-play*, e ainda um aparato de técnicas que pode ser utilizadas nesse processo.

“*A Partida Final*” é um documentário da Netflix que aborda o último suspiro de pacientes terminais. Por quarenta longos minutos, é possível acompanhar a despedida de pessoas que dizem adeus para a vida após enfrentarem doenças em estágio final. O documentário mostra o Centro Médico de São Francisco, localizado na Califórnia e especializado em Cuidados Paliativos. Trata-se de um hospital também direcionado para a pesquisa e o ensino. Entre os cuidados, os pacientes terminais e suas famílias recebem orientação, apoio psicológico e acompanhamento individualizado. O corpo médico e assistencial tem por missão ajudar o paciente a lidar com a morte.

No documentário também é apresentado o trabalho do *Zen Hospice*, um serviço voluntariado que tem por projeto a busca de tratamento não apenas dos sintomas, mas sim do paciente como um todo. O trabalho é liderado pelo médico B. J. Miller, que viu a morte de perto ainda na juventude ao ser atingido por uma intensa descarga elétrica que o fez amputar as duas pernas, a mão e a metade do braço esquerdo. No *Zen Hospice*, é possível perceber que o trabalho da equipe se centra em preparar o paciente para a morte, literalmente. A abordagem é delicada,

mas direta. A reação de negação, dor e desespero dos pacientes e de seus familiares não é negligenciada, mas entendida e assistida. Sobre esse dado vale discutir que os Cuidados Paliativos visam oferecer dignidade e qualidade de vida aos pacientes em iminência de morte. A morte neste cuidado é reconhecida como fenômeno parte do adoecimento e real à experiência deste. Não cabendo espaço à sua negação, ainda que haja dificuldade para enfrentá-la.

Os Cuidados Paliativos podem ser incluídos no tratamento de pacientes em estado grave, incurável e ameaçador à vida, nas mais diversas formas de atenção à saúde. Engloba assim, as diferentes profissões envolvidas no cuidado e os níveis de atenção à saúde. Segundo com o Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP, os tipos de cuidados apresentados nessa abordagem podem ser: o cuidado hospitalar, o cuidado domiciliar, ambulatorial e os *hospices* (ANCP, 2009).

O cuidado hospitalar, um dos apresentados no documentário, é indicado para os pacientes em estado terminal que demande cuidados intensos que não possam ser dispensados em casa ou de forma ambulatorial. Objetiva também qualificar as ações da equipe de saúde aos pacientes já hospitalizados portadores de doenças crônicas e incuráveis. Uma equipe multidisciplinar oferta o cuidado a esses pacientes e aos familiares em regime de internamento, 24h por dia, com disponibilização de medicamentos e demais terapêuticas para manejo da dor e sofrimento, e com adaptação do ambiente às necessidades de conforto dos mesmos.

A seguir apresenta-se um quadro explicativo sobre as vantagens e desvantagens do cuidado em leito hospitalar, afim de compreender as peculiaridades apresentadas neste:

Quadro 03 – Vantagens e Desvantagens do cuidado paliativo em leito hospitalar de acordo com a avaliação do autor.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
Profissionais de diversas áreas disponíveis 24 horas	Horários para visitas restritos
Maior arsenal medicamentoso e de terapêuticas disponíveis	Número de acompanhantes restrito
Possibilidade de adaptação do ambiente para as necessidades do paciente	Unidade exclusiva para Cuidados Paliativos pode dar a má impressão de que é unidade para moribundos
	Proporção pacientes-funcionário alta, diminuindo o tempo disponível para pacientes

Fonte: Quadro elaborado pelo autor com base no Manual de Cuidados Paliativos - ANCP (2009).

Ainda sobre essa discussão, se questiona aqui quais soluções são recomendadas pela literatura para realizar esse cuidado de forma adequada e resolutiva nos hospitais? Quanto a este aspecto, os hospitais proporcionam uma prioridade de cuidado, desenvolvendo estratégias que permitem melhorias nesse processo de finitude, aliviando a dor e controle da ansiedade que por vezes está aumentada. Essas estratégias implicam numa melhor humanização para esse cuidado, implicando desde uma rede de diálogo que promova direito de fala tanto ao paciente quanto a equipe multidisciplinar à melhoria de espaços, incentivos para união e colaboração, tornar esse leito clínico mais aconchegante. Ser transversal, valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e fortalecimento do trabalho multiprofissional, tendo como objetivo a transdisciplinaridade e a grupalidade são recomendações que fazem parte dessa humanização (ANCP, 2009).

A internação domiciliar é uma outra forma de realizar o Cuidado Paliativo. Neste os pacientes apresentam ainda a necessidade de acompanhamento hospitalar, mas há a possibilidade de ficar em casa recebendo estes cuidados. No acompanhamento domiciliar, o paciente é assistido por uma unidade hospitalar que irá enviar equipes multiprofissionais até sua casa para que seja ofertado o cuidado. Não havendo limites para a quantidade de visitas, a depender do grau de comprometimento de sua saúde e necessidades, esse cuidado é realizado ao menos uma vez por semana. Essa abordagem permite que o paciente tenha uma maior sensação de conforto e que tenha cuidadores que possam atender suas necessidades principais em um maior espaço de tempo (ANCP, 2009).

De acordo com os quadros abaixo podemos ver um comparativo sobre a utilização dos Cuidados Paliativos em domicílio e dos critérios utilizados para que os pacientes possam vivenciar essa finitude em sua casa. O termo leito materno é utilizado para designar esse tipo de internação por remeter ao aconchego materno e os laços afetivos.

Quadro 04 – Vantagens e desvantagens do cuidado paliativo em domicílio na visão do autor

VANTAGEM	DESVANTAGEM
Atender as necessidades de cuidado conforme a preferência do paciente	Dependendo da forma como o serviço está estruturado, a disponibilização de drogas pode não ser imediata
Maior sensação de conforto e proteção	Residir o paciente longe de recursos de saúde
Disponibilidade dos cuidadores direcionada totalmente ao paciente	Dificuldade na obtenção da declaração de óbito para pacientes que optam por morrer em casa

Fonte: Quadro elaborado pelo autor com base no Manual de Cuidados Paliativos - ANCP (2009).

Quadro 05 – Critérios utilizados para que seja ofertado o cuidado no modelo domiciliar

Critérios para inclusão no atendimento domiciliar

Ter diagnóstico definido

Ser definido e registrado um plano terapêutico e de cuidados claro

Residir em domicílio que ofereça as condições mínimas para higiene e cuidado (água potável, saneamento básico, energia elétrica, abrigo sol/vento/chuva)

Ter cuidador responsável e capaz de compreender e executar as orientações dadas pela equipe

Fonte: Quadro elaborado pelo autor com base no Manual de Cuidados Paliativos - ANCP (2009).

Ainda em discussão aos cuidados fora do ambiente hospitalar, o Manual dos Cuidados Paliativos (ANCP, 2009) destaca que o atendimento ambulatorial é uma oferta para pacientes que tenham iminência de morte, mas capazes de se locomover e que ainda tenham autonomia. Contando com atendimento médico regular, prescrição de medicamentos que possam criar conforto nessa etapa e para que tenha uma observação constante do quadro de evolução do paciente.

Assim como citado no filme, há também a opção dos *hospices*, conhecido como no Brasil também por Unidades de Cuidados Paliativos. São instituições que recebem esses pacientes ambulatoriais para acompanhamento multidisciplinar afim de garantir qualidade de vida nos últimos dias desses pacientes.

Esse modelo de cuidado *hospices* utilizado pelos Cuidados Paliativos, segundo o Conselho Regional de Medicina da Paraíba (2017) visa ofertar um suporte emocional como o ouvir o paciente, família, atender suas angústias e dores, oferecer assistência espiritual, suporte social a caráter de abranger toda adequação do paciente e família, suporte físico para que se realize controle da dor e seu quadro de agitação e promover o respeito a autonomia do paciente. Promovendo esses cuidados de modo integral à pessoa em processo de terminalidade e também a família no processo do luto. Esse serviço oferta equipes multidisciplinares 24 horas e também o chamado *hospice day*, sendo acompanhado apenas durante o dia. Seu diferencial para as demais escolhas é justamente a que refere à estrutura, esta assemelha a sua casa, trazendo a sensação de aconchego, existe ainda amplos espaços de convivência internos e externos, além de possibilitar que tenha visitas irrestritas, incluindo de seus animais domésticos.

No Brasil os Cuidados Paliativos têm crescido a cada ano de forma que a sua inclusão na agenda de cuidados ao paciente é percebida em 121 serviços públicos e privados desde os últimos dez anos até hoje. Cerca de 80% destes é coordenado por médicos (PEBMED, 2020).

Ainda segundo o PEBMED (2020), apesar dos dados mostrarem significativos aumentos, devido a ser uma prática nova, o SUS ainda carece de maior atenção voltada para essa atuação. Mesmo com mais de 300 escolas médicas no país, apenas 5% oferecem ensino voltada para o Cuidado Paliativo. Pós-graduação e especialização presentes hoje, são 8 e 26 respectivamente no país. Estima-se que no total existam apenas 100 médicos em residência voltada para o Cuidado Paliativo e apenas 2 programas voltados para residência multidisciplinar desde 2014. Esses dados deixam o Brasil numa classificação 3A, caracterizada por países que não ofertam Cuidados Paliativos de forma abrangente, sendo oferecida de forma isolada, apresentando o mesmo nível de desenvolvimento de países como: Angola, Congo e Blangadesh.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2018), traz dados sobre o mapeamento em todo território nacional, citando a desigualdade entre as regiões. O Sudeste contém mais de 50% dos serviços, enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentam apenas 13 equipes, o que equivale a cerca de 10% deste total.

Em contrapartida, a rede privada apresenta 8 *hospices* no país, o que corresponde a 5% dos serviços, mostrando-se ainda mais precária. Esses estão presentes no território nacional há menos de 10 anos. E quando se fala em região norte e nordeste a situação fica ainda mais problemática, onde o primeiro ambiente de tratamento paliativo particular só foi inaugurado em 2017, na Paraíba (ANCP, 2018).

Outro resultado importante observado no documentário é a história do adoecimento do personagem. Mitra, paciente terminal de um câncer rápido e devastador, encontrava-se internada no Centro Médico de São Francisco, aparente frágil e sob cuidados paliativos. Observou-se que a família de Mitra se encontrava em processo de negação diante de sua escolha por ortotanásia. Mitra quanto a esta escolha contava com o apoio da mãe, mas não de seu esposo e de sua irmã. Avançam até o final do documentário sem entrar em um consenso sobre quais medidas a serem tomadas sobre. O clima no quarto Mitra é pesado, opressor, e de muita dor e sofrimento. É possível ao espectador perceber isso. Seu filho de oito anos, sem saber exatamente como lidar com a dor e sem ser orientado quanto a isso, fica pelos cantos. A mãe de Mitra se mostra firme, mas não expressa emoções como tristeza e medo. Parece estar cansada de encarar a filha definhando e nenhum avanço entre a família quanto ao respeito do sofrimento de Mitra. A mãe é a única que apoia o pensamento e escolha de Mitra, primando pelo alívio alheio em detrimento do próprio pensar. O marido e a irmã de Mitra parecem desnorreados. O marido por sua vez insiste em lutar, não se entregando, mas em partes, esquecendo de levar em consideração o martírio alheio. Naquele quarto, tudo é dor. O ambiente hospitalar, apesar de

necessário, parece tornar tudo ainda pior e o fato de não ouvirem Mitra, o torna ainda mais angustiante.

Autonomia é uma palavra derivada do grego *auto* (próprio) e *nomos* (lei, regra, norma), manifestando a ideia de independência, autodeterminação para a tomada de decisões acerca da própria vida, incluindo dimensões como a saúde, a integridade psicofísica e as relações sociais. Ser autônomo é ter liberdade de pensamento, ser livre de influências internas ou externas para optar entre as alternativas que lhe são apresentadas. Envolve também ser validado em seus pensamentos, sentimentos e escolhas (CHRISTENSEN, 2012).

Dentro do respeito a autonomia é preciso conceituar três práticas comuns no tratamento de doentes terminais: eutanásia, ortotanásia e distanásia. Eutanásia, a “boa morte”, é a prática destinada a evitar que o sofrimento do paciente se prolongue até a sua morte. Distanásia, prática que o cuidado paliativo mais busca evitar, diz respeito à obstinação terapêutica, com a finalidade de retardar a morte inevitável. Já ortotanásia é a morte em seu processo natural, em que o paciente recebe apenas tratamento para eliminar ou diminuir suas dores e sofrimento (MORAIS,2010).

No documentário é apresentado que Mitra recebeu informações sobre a morte e o processo do morrer. Lhe foi explicado essas práticas e Mitra optava pela ortotanásia. Essa prática não acelera nem posterga a morte do indivíduo, mas lhe oferece um modo natural de morrer. Definindo a morte como parte do ciclo da vida, assegura ao paciente o direito de morrer com dignidade. (PAIVA,2014).

O termo dignidade foi definido pelo filósofo Immanuel Kant, onde utiliza-se do conceito de dignidade no domínio da religiosidade e traz para o contexto político social, sendo definido como um valor substituível que agrupa grupos de pessoas, sem valor religioso. A este respeito, é uma qualidade essencial dos seres humanos, uma vez que têm autonomia no exercício do raciocínio, pois cada indivíduo possui personalidades individuais e distintas. O autor afirma que a autonomia e a dignidade são conceitos distintos, no entanto, inseparáveis no exercício da razão prática, e concluindo que, por esse motivo, somente os seres humanos podem ser revestidos com dignidade (DONATO, 2016).

Um dos pilares do respeito à dignidade é o reconhecimento do direito à personalidade que nossa constituição busca garantir o quê o Cuidado Paliativo tanto defende. Nossa constituição reconhece a potencialidade de expressões da personalidade humana, os valores intrínsecos que a pessoa traz em si que integram sua personalidade e lhe permitem desenvolver-se em sociedade. A dignidade da pessoa humana é o centro garantidor de sua personalidade (MARTINEZ, 2015).

Direito a personalidade consiste em um conjunto de direitos subjetivos, conferindo ao seu titular o poder de agir na defesa dos bens ou valores essenciais da sua personalidade. Englobando no aspecto físico o direito à vida e ao próprio corpo, no aspecto intelectual o direito à liberdade de pensamento, direito de autor e inventor, e no aspecto moral o direito à liberdade, à honra, ao recato, ao segredo, à imagem, à identidade e ainda, o direito de exigir de terceiros o respeito a esses direitos (MARTINEZ, 2015).

Outro ponto proposto com este trabalho é a análise do tratamento ao paciente sob o enfoque da Terapia Cognitivo-comportamental – TCC. Ao se analisar o caso de Mitra, é apresentado a experiência do adoecimento na qual o processo da dor e a vivência de sua finitude não atinge só a paciente, como também todos ao seu redor. Nessa perspectiva, a TCC mostra-se eficaz aliada a esse cuidado.

Observou-se que Mitra, em seu leito, apresentava em diversos momentos distorções cognitivas. Distorções cognitivas são tendências sistemáticas no processamento de informações de pacientes em sofrimento. Em geral de conteúdo negativo, contamina toda a percepção da realidade e gera sentimentos desagradáveis frente a experiência (BECK, 2013). Silva (2004) diz que as distorções cognitivas podem comprometer a saúde biopsicossocial do paciente. Quando o paciente se encontra com dor, este apresenta fisiopatologia específica, ficando vulnerável a estímulos ambientais, gerando comportamentos e cognições disfuncionais.

No caso de Mitra, a distorção cognitiva mais presente é a da catastrofização. Esta é uma distorção na qual o indivíduo, em tendência exageradamente pessimista e negativa, avalia sua vida e experiências considerando somente aquilo que de pior poderia acontecer como fatalmente a consequência mais provável. Situações que tendem a acontecer ou que acontecerão só resultarão num desfecho negativo e máximo (SILVA, 2004).

Para essa situação, ao relacionar a literatura com a filmografia analisada, pode ser visto que a utilização da técnica de distração cognitiva e o exame de evidências mostram-se viáveis. A distração cognitiva consiste na mudança da atenção para um foco que possa ser agradável no próprio ambiente disponível. Ouvir música, assistir filmes, ler, cantar mentalmente, imaginar algumas cenas agradáveis são algumas das técnicas de distração a serem utilizadas (ANGELOTTI, 1999).

Exame de evidências segundo Beck (1997), tem por essência capacitar o paciente a corrigir suas distorções cognitivas. Ela ocorre por meio da identificação do pensamento automático distorcido, dessa forma serão coletadas informações sobre a situação que gerou esse pensamento. Com base nessas informações é solicitado que faça uma lista de evidências a favor, e uma lista com evidências contrária a veracidade do pensamento.

Nesse processo, Angelotti (1999) traz ainda a importância dessa imaginação dirigida, produzindo relaxamento, experimentando sensação de bem-estar, de forma a retirar o foco e diminuir a percepção de dor que o paciente tem.

Um outro processo das distorções que se faz presente, é a leitura mental. Esta consiste em acreditar que você sabe o que outras pessoas estão pensando, sem qualquer evidência e sem considerar outras possibilidades. No caso de Mitra, ela acreditava fielmente que por sua aparência fragilizada, as pessoas ao seu redor a queriam enganar que havia ainda possibilidades, enquanto ela já estava ciente de suas dores. Esse processo acaba por acarretar dificuldades de decisões, por a família não querer ouvi-la, baixa autoestima e anulação de si mesma (SILVA, 2004).

O sofrimento está ligado a subjetividade do indivíduo, quando gerado pelo temor da morte perpassa todas as possibilidades por traduzir as fragilidades e vulnerabilidades do ser humano. De modo geral o homem não se prepara para a experiência do adoecer, a crença dominante nesse processo é de vida longa, plena e satisfatória. Essa vivência é difícil não só para o paciente como também para a família de forma geral (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 2007).

A Terapia Cognitivo-comportamental, nesse processo de cuidados frente ao adoecimento, busca fortalecer o bem-estar físico e psicológico do paciente, promovendo alianças terapêuticas entre paciente, família e o corpo médico, para que ocorra o acolhimento do sofrimento deste. Busca sempre alentar sua identidade, autoestima e autonomia, procurando fortalecer as inter-relações dos sistemas e buscando recursos adaptativos (SUDAK, 2008).

É quando o tratamento evolui de forma satisfatória que ocorre maior mudanças nas crenças presentes, diminuindo a ativação dos pensamentos automáticos negativos. Auxiliando os pacientes a serem capazes de avaliar o impacto que pensamentos e sentimentos negativos de dor podem provocar comportamentos disfuncionais, encorajando-os a se manterem “conscientes” para solucionar problemas e desenvolver recursos para aprenderem a lidar com a dor (SILVA, 2004).

Um outro processo que esses podem acabar por enfrentar, é o depressivo. Nesse momento eles se encontram fragilizados, deprimidos e em grande parte do tempo sem esperança. Beck (1997) cita então que para entender esse processo depressivo, é necessário manter o foco nas experiências prevaletentes de desamparo e de falta de esperança.

A Terapia Cognitivo-Comportamental concentra-se em diversas crenças, e quando o paciente presta atenção no conteúdo de suas reações cognitivas, tende a enxergá-las como uma hipótese ao invés de um fato (BECK, 1997).

As cognições se baseiam em atitudes ou suposições que são desenvolvidas a partir das experiências prévias, e o modelo cognitivo vai pressupor em dois elementos básicos para a condução terapêutica (tríade negativa e distorções cognitivas), sendo fundamentos no comportamento e na emoção da pessoa para determinar como ela organiza suas cognições. É diante da investigação desse conteúdo das cognições nesses pacientes deprimidos que surge as tipologias das distorções cognitivas, essas são:

- Interferência Arbitrária: tem como significado conclusões tiradas sem quaisquer evidências reais;

- Supergeneralização: é o estabelecimento de regras e de conclusões gerais que são baseadas em um ou mais incidentes isolados;

- Abstração Seletiva: significa a fixação de um contexto, não considerado outros fatos e tem por conotação negativa;

- Despersonalização: este relaciona eventos externos à sua própria imagem, não existindo evidências para que se chegue a essa conclusão, sentimento de recusa e repulsa consigo mesmo;

- Maximização e Minimização: é a dificuldade em fazer avaliação sobre o significado e a magnitude do evento, tende a desvalorizar o próprio mérito e valorizar situações e pessoas em detrimento a ela.

As distorções cognitivas perpassam todos os sintomas afetivos, comportamentais e motivacionais da pessoa em estado deprimido. Lima (2003) propõe que essas pessoas apresentam uma visão negativa de si mesmo, do futuro e do mundo.

No caso de Mitra, é importante entender a natureza dos episódios e suas perturbações emocionais. Canguilhem (2000) aponta que o adoecimento psíquico acontece de forma singular a se estar e de se relacionar com o mundo, caracterizado pela dificuldade de tolerar as dificuldades e as infidelidades do meio. Esse processo proporciona ao paciente reações devastadoras, ocorrendo tanto no âmbito emocional quanto no orgânico, promovendo desequilíbrio, sentimentos e conflitos interno, resultando numa desorganização psíquica. Podendo ser sintetizado em diversas maneiras como angústias, compulsão à repetição, sintomas de inibições e distúrbio de caráter, sendo algumas das expressões mais frequentes.

No manejo dos pensamentos negativos e seus impactos na sobrevivência e enfrentamento ao câncer, vale destacar o potencial do recurso psicoeducativo que a Terapia Cognitivo-comportamental tem. A psicoeducação e todas as suas vertentes nesse processo proporciona maneiras de auxiliar o tratamento das doenças a partir de mudanças no comportamento, seja sociais e emocionais. Esse caráter educativo auxilia o paciente e família

para que tenham preparo para lidar com as mudanças diante das estratégias de enfrentamento, fortalecimento da comunicação e da adaptação, em tese, ajudando as pessoas a se ajudarem, proporcionando autonomia e conscientização (AUTHIER, 1977).

A psicoeducação engloba o desenvolvimento social, emocional e comportamental do paciente, e o profissional atual como agente de mudança, fornecendo assistência às habilidades a serem adquiridas. Assim, uma orientação acerca do funcionamento de seus pensamentos e de suas emoções poderia auxiliar Mitra especialmente ao se ver como uma mulher fraca, feia e incapaz frente ao adoecimento. Pensamento e emoções estes válidos e pertinentes à experiência de seu adoecer, mas que impactam negativamente invalidando suas emoções positivas diante do processo e os pontos de resignação e força que possuía.

Personalizar eventos ruins ou até mesmo se rotular como um fracasso é um evento comum, e no documentário vemos Mitra agindo em diversos momentos dessa maneira. Nesse momento, a utilização da técnica de categorização das distorções no pensamento se faz útil. No modelo cognitivo, emoções desagradáveis estão na maioria das vezes associadas a esse viés (distorções de pensamento de conteúdo negativo). Essa técnica consiste em evocar os pensamentos automáticos distorcidos diante de eventos importantes na vida do cliente e categorizá-los compreendendo em que ponto tais conclusões são distorcidas ou disfuncionais (LEAHY, 2018)

Ainda segundo o mesmo autor, a técnica da seta descendente pode ser utilizada como estratégia para identificar essas distorções de pensamento de conteúdo negativo e sua relação com a produção de sentimentos e de ações diante dos eventos. Ao identificar um pensamento automático que contenha uma avaliação negativamente tendenciosa da realidade os pacientes são estimulados, por meio de perguntas subsequentes, a explorar o pensamento e aprofundando até o nível de seu afeto decorrente. Observado que Mitra trazia pensamentos como “Eu não quero dar trabalho para ninguém”, “Não quero ser um peso para as outras pessoas” como pensamentos bastante prevalentes diante de sua realidade e que lhe geravam angústia e tristeza. Como consequência de esse sofrer, Mitra se isolava daqueles com quem se relacionava não permitindo que a visitassem. Não observava que mesmo com dificuldades o laço entre ela e sua mãe faziam com que o cuidado não fosse visto apenas como um peso. Tinha um olhar tão massivo sobre si mesma, sobre sua condição, que não enxergava outras possibilidades como o afeto que mobilizava o cuidado.

A forma de conduzir o diálogo no atendimento com enfoque cognitivo-comportamental prevê o uso de questionamentos que levem o emergir do conteúdo do pensamento, possibilitando sua avaliação e reestruturação. De acordo com Knapp (2008), diálogo socrático

é construído com base em uma sucessão de perguntas abertas e de mente aberta, e tem como intuito uma conexão mais lógica e racional das experiências interiores do paciente. Esse método é descrito em quatro passos:

- Caracterização do problema de maneira precisa;
- Identificação das crenças e dos pensamentos;
- Compreensão do significado dos pensamentos;
- Avaliação das consequências desses pensamentos e suas evidências.

A utilização dessas técnicas supracitadas, identifica e categoriza os pensamentos negativos e examinam como estão relacionados a depressão, raiva e ansiedade nesse cenário, preparando para testar, avaliar e contestar esses pensamentos (LEAHY, 2018).

A Terapia Cognitivo-Comportamental identifica esses pensamentos e avalia a validade, tendo uma descrição realista ou equilibrada da realidade. Esses pensamentos precisam ser reconhecidos e validados. Nesse processo evocar e identificar os pensamentos problemáticos são importantes, mas a avaliação da credibilidade tem que ser realizada. Um exemplo disso é a utilização da técnica da dramatização de ambos os lados do pensamento (LEAHY, 2018).

Segundo o Leahy (2018), essa técnica consiste em modificar o pensamento negativo. O paciente irá assumir uma posição negativa enquanto o profissional uma racional/positiva, após a dramatização trocam os lados. Essa perspectiva permite que o paciente observe suas contestações, determine suas respostas racionais que funcionem e quais pensamentos automáticos são difíceis para ele.

Parte da problemática associada a depressão está centrada na oferta reduzida de energia. Essa gera uma ativação comportamental limitada e uma diminuição da capacidade de suportar as demandas que chegam ao sistema nervoso central. Como consequência, o paciente tem sua capacidade de resposta emocional diminuída e de resolver problemas, especialmente os que envolvem decisões com questões simples e cotidianas (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2011).

Essas autoras afirmam que os pensamentos distorcidos de conteúdo predominantemente negativo, depreciativos, na depressão, originam comportamentos disfuncionais e emoções negativas. O treinamento em resolução de problemas é uma técnica bastante utilizada no tratamento desse transtorno. Ela composta por cinco passos no qual cada um avalia um aspecto da solução; esses passos são distinguidos em:

- Orientação para problema, buscando identificar como a pessoa reage cognitiva-afetiva-emocionalmente a um problema. Sua história de vida e como aprendeu a lidar com situações problemas são importantes nesse processo, isso inclui suas crenças e expectativas sobre a vida e sua capacidade de solução;

- Definição e formulação do problema, compreende a natureza do problema, sendo necessário alcançar uma definição clara da dificuldade para que diante disso, tenha uma avaliação melhor e mais pragmática;

- Levantamento das alternativas, é justamente a criação de hipóteses, disponibilizando um conjunto de soluções possíveis para os problemas;

- Tomada de decisão, avaliam as possibilidades de soluções disponíveis, havendo uma comparação entre elas para que o paciente escolha o que for melhor ou as melhores a serem aplicadas;

- Prática de solução e verificação, é onde coloca-se em prática a possível solução e a avaliação de sua eficácia em resolver e controlar o problema. Esse treinamento é flexível e os processos que fazem parte desse modelo não são isolados um do outro. Cada vez que o paciente alcança um objetivo, sua eficácia aumenta, tornando mais confiante para as próximas situações de desafios (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2011).

Na Terapia Cognitivo-Comportamental, é fomentado que ao longo dos anos são construídas e adquiridas crenças sobre si mesmo, sobre o futuro e sobre o mundo. Segundo Dattilio e Freeman (2004), situações de crise e de perda de um ente querido podem ser situações disparadoras para crenças disfuncionais.

O sentimento de vulnerabilidade e incapacidade são preditores da perda, provocando grande desorganização na pessoa que perdem um ente querido. Essas características apontam dificuldades em aceitação e dificuldade em readaptação em preencher o vazio. O luto sofre interferências por conta das crenças relativas à morte e para que ocorra a efetivação desse luto segundo Kubler-Ross (2005) é proposto cinco estágios: negação, isolamento, raiva barganha, depressão e aceitação e de acordo com Bowlby (1990), as quatro fases do luto são: o entorpecimento, anseio, desorganização e desespero e a reorganização.

Quando ocorre a morte de Mitra, sua família entra nesse processo de luto. Ao passar por esse processo, as pessoas tendem a desenvolver respostas de enfrentamento desadaptativas. É nesse momento que os Esquemas Iniciais Disfuncionais, caracterizados por um conjunto de crenças, essas globais e enraizadas, são ativadas (YOUNG, 2008).

De acordo com Basso e Wainer (2011), fugir, lutar e paralisar-se são as principais respostas às ameaças. Nos esquemas, essas respostas são denominadas em:

- Hipercompensação, lutam contra os esquemas pensados;
- Evitação, esses bloqueiam pensamentos e imagens evitando sentimentos ativados pelos esquemas;

- Resignação, os pacientes permitem os esquemas, o aceitando como verdadeiro, não lutam contra ele.

A Terapia Cognitivo-Comportamental dentre as circunstâncias apresentadas, pode auxiliar os pacientes enlutados na busca por alívio e aceitação dessa perda. Alguns aspectos são indispensáveis no auxílio terapêutico. É importante que se transmita confiança e apoio, que o paciente se sinta acolhido e que não estará sozinho. Essa terapia tem por objetivo ajudar o paciente na resolução dos conflitos frente a separação, sendo facilitador para se enfrentar as etapas do luto para elaborar a perda (BASSO; WAINER, 2011).

Esse cuidado tem por objetivos terapêuticos identificar recursos disponíveis e avaliar quais são as principais queixas do paciente. Num primeiro momento, recomenda-se defini-las; por seguinte, priorizá-las; e, por fim, abordá-las, levando em consideração e avaliando a rede de apoio social e auxiliando na tomada de decisões, pois possivelmente o enlutado encontra-se em estados psicológico e emocional prejudicados. Além disso, é recomendável que possam diminuir as alterações emocionais, pois o enlutado encontra-se num estado frágil, vulnerável e desorganizado, tanto em níveis cognitivos como fisiológicos, motores e comportamentais. As alterações são fatores que podem dificultar o bom andamento do tratamento, prejudicando o funcionamento da terapia e sua meta principal, que é servir como uma facilitadora no processo de readaptação do indivíduo. (BASSO; WAINER, 2011, p. 39).

Diante dos objetivos terapêuticos algumas estratégias são importantes para que se possa ajudar o enlutado a ter uma resposta saudável. Caballo (2003) traz como estratégia o automonitoramento, que tem como intuito aumentar sua capacidade de metacognição, ajudando o paciente a perceber como pensa e passa a ter sentimentos e comportamentos devido as crenças. Esse aumento de consciência amplia o autocontrole, e com esse aumento sucessivamente os comportamentos funcionais também aumentam.

As técnicas utilizadas nesse processo do enfrentamento ao luto são diversas, algumas são supracitadas em alguns momentos dessa escrita. A técnica de *Roler-play* segundo Beck (1997), consiste na simulação de eventos onde o paciente e o terapeuta identificam qual pensamento ocorreu naquele momento buscando promover formas e enfrentamentos funcionais. Quando esses pensamentos são identificados, o paciente dramatiza o que diria para alguém com se essa pessoa estivesse na mesma situação que ela, buscando mostrar a disfuncionalidade da crença da pessoa.

Beck (1997) traz ainda como técnica a dessensibilização sistemática, onde o terapeuta hierarquiza as situações mais latentes, onde de forma gradativa do menor para o maior evento preocupante ocorre à confrontação buscando a dessensibilização.

Na Teoria Cognitivo-Comportamental, existem diversos instrumentos que auxiliam no tratamento e na modificação de padrão de funcionamento disfuncionais. Inicialmente é fundamental proporcionar o acolhimento, a criação de um vínculo empático na terapia. O terapeuta será um facilitador para a expressão dos sentimentos ligados à perda do ente querido, observando as implicações que ela poderá trazer ao paciente. Sendo necessário levar em consideração as crenças que o enlutado tem sobre a morte e os seus pensamentos disfuncionais. As técnicas e as estratégias cognitivas comportamentais aumentam as características adaptativas, auxilia nas tomadas de decisões e ajuda na busca por novas atividades e relacionamentos, com o intuito de melhor elaborar a perda (BASSO, WAINER, 2011)

Conceitos errôneos podem influenciar nas complicações nos níveis cognitivos e funcionais, gerando transtornos como o depressivo e ansiedade. Expressões como “tenho que”, “devo que”, são muito utilizadas e alimentam o sentimento de inadequação e de culpa. Nesse processo, a intervenção psicoterapêutica ajudará o paciente a encontrar concepções mais realísticas e que seja menos destrutivas ao seu funcionamento, fortalecendo sua autonomia e desempenho (FRADE; BARRAGÁN, 2005)

Nesse modelo, também deve considerar os aspectos de vulnerabilidade, intensa ansiedade, crise de raiva e culpa, e também verificar a existência de repressão, culpa e de resistência a mudança. Uma avaliação cuidadosa irá permitir a identificação dos fatores de risco desse processo de luto, e também os recursos disponíveis na rede de apoio, a fim de evitar que o luto se complique (BASSO, WAINER, 2011).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de estudos acerca dos conhecimentos psicológicos relacionados aos Cuidados Paliativos tem crescido a cada ano. Diante dos artigos selecionados, mostrou-se que a morte continua sendo um tabu a ser desconstruído por todos. Os Cuidados Paliativos prega humanizar a relação entre equipe de saúde, família e paciente.

Esse estudo obteve uma resposta positiva quanto aos objetivos proposto, mostrando-se relevante a necessidade de se estudar acerca da morte e das técnicas que podem ser utilizadas para auxiliar nesse processo de finitude e de acompanhamento à família. Nesse contexto, esse estudo permite novas oportunidades de pesquisas por se tratar de um trabalho inédito, sendo sugerido uma pesquisa de campo, buscando aprofundar os conhecimentos acerca dos Cuidados Paliativos e apresentar na prática a utilização das técnicas da Teoria Cognitivo-Comportamental.

No que se trata os Cuidados Paliativos, a ausência de disciplinas nas faculdades que envolva estes ainda é muito carente. Humanização da assistência, despreparo profissional quando relacionado ao processo de finitude, eutanásia, ortotanásia, distanásia ainda carecem de um currículo voltado para tanatologia.

Nesse momento, a medicina paliativa busca ainda a construção do seu espaço, visando não somente o paciente em estágio de morte inevitável, como também pacientes com a possibilidade de terapêuticas a longo prazo.

A morte digna tem um significado grandioso para o doente e também para a equipe multidisciplinar. Dessa forma, ainda é necessária uma longa caminhada quando se trata dos Cuidados Paliativos, e os profissionais de saúde precisam conhecer e explorar essa temática que é tão pouco discutida.

A Teoria Cognitivo-Comportamental mostra sua aplicabilidade nesse campo por meio de pesquisas que analisam como o processo cognitivo influencia nos comportamentos de saúde e doença do sujeito. O contexto paliativo exige que esse processo seja objetivo, direto, que tenha ênfase no aqui e no agora. As técnicas da Teoria Cognitivo-Comportamental utilizadas

em consultórios podem ser aplicadas para que se tenha a compreensão e o manejo sobre esse processo saúde-doença.

Dessensibilização sistemática, distração cognitiva, treinamento de habilidade sociais, treinamento de resolução de problemas são só alguns de tantas técnicas que podem ajudar nesse processo. No entanto, é importante frisar a necessidade do psicólogo em ter domínio amplo dessas técnicas para que consiga compreender seus aspectos teóricos. Caso contrário, as intervenções podem acabar sendo desastrosas, culminando em prejuízo no bem-estar do paciente e no trabalho do psicólogo.

5. REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012.

ANDREATTA, I; OLIVEIRA, M. S. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo, 2011.

AQUINO, T. A. A., SANTOS, R. M., Silva, S. S. (2008). **O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 4 (2).

ALVES, R.S.F.; CUNHA, E.C.N.; SANTOS, G.C.; MELO, M. O. **Cuidados Paliativos: Alternativa Para Cuidado Essencial no Fim da Vida**. Psicol. Ciênc. Vol, 39. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100130&lang=pt Acessado em: 02 Abril, 2020.

ARCHANJ, J. V. L. (2010). **Política nacional de humanização: Reafirmando os princípios do SUS** (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo. **Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental**. Rev. bras.ter. cogn., Rio de Janeiro , v. 7, n. 1, p. 35-43, jun. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/ficha_tecnica.pdf acesso em: 19 de agosto de 2020.

BECK Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**, Porto Alegre, Artmed – 2013.

BECK, J. (1997). **Terapia Cognitiva: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1995).

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, 2005.

Caballo, V. E. (2003). **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Santos.

CARVALHO, R. T., PARSONS, H. A. (Org.). (2012). **Manual de cuidados paliativos ANCP (2a ed. amp. atual.)**. São Paulo, SP: Academia Nacional de Cuidados Paliativos

COHEN, C., GOBBETTI, G. J. (2001). **Há autonomia para o paciente na UTI?** Revista da Associação Médica Brasileira, 47(3), 169-197. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000300017> Acessado em 01 de outubro de 2020.

FERREIRA APQ, Lopes LQF, Melo MCB. **O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer**. Rev. SBPH 2011;14(2):85-98.

GADAMERM HG. **The enigma of health: the art of healing in a scientific age.** Stanford University Press; 1996.

GOMES, A.L.G.; OTHERO, M.B. **Cuidados Paliativos.** Estud. av. vol.30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142016000300155&script=sci_arttext
Acessado em: 17 Abril, 2020.

KNAPP, P. (2004). **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica.** Porto Alegre, RS: Artmed.

KITAYAMA, M. M. G. & Mazutti, S. R. G. (2008). **Psicologia hospitalar: um enfoque em terapia cognitiva.** Revista da SBPH, 11 (2).

YOUNG, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2008) **Terapia do esquema. Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras.** Porto Alegre: Artmed.

LAGO, P. M., Devictor, D., Piva, J. P., Bergouniou, J. (2007). **Cuidados de final de vida em crianças: Perspectiva no Brasil e no mundo.** Jornal de Pediatria, 83(2), 109-116. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572007000300013> Acessado em 01 de outubro de 2020.

LEAHY, Robert L. **Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta** [recurso eletrônico] / Robert L. Leahy ; tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Irismar Reis de Oliveira. – 2. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2018.

MARKUS, Lucimara Andréia; BETIOLLI, SE; SOUZA, SJP; et. al. **A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativo.** 2017. Revista Gestão & Saúde. ISSN 1984 – 8153. RGS. 2017.

MELO, M. O. (2012). **Desafios da prática de psicólogos nos cuidados paliativos: Contributos para uma sistematização** (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB.

MICELI AVP. **Dor crônica e subjetividade em oncologia.** Rev Bras Cancerol. 2002;48:363-73

MS (Ministério da Saúde) 2000. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília. (Mimeo)

PEDREIRA, C. S. (2013). **Assistência psicológica humanizada à pacientes oncológicos.** Psicologia PT: O Portal dos Psicólogos, 1-14.

PEREIRA, M; RANGÉ, B. Terapia Cognitiva. In: RANGÉ, B. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PENIDO, Maria Amélia; PEREIRA, Fernanda Martins. **Aplicabilidade teórico-prática da terapia cognitivo comportamental na psicologia hospitalar.** 2010. Revista Brasileira de Terapias Cognitivo-Comportamental, Vol. 6 N° 2.

PESSINI, L. (2006). **Bioética e cuidados paliativos: alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas.** In: C. A. M. Pimenta; D. D. C. F. Mota; D. A. L. M. Cruz (Org.), Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia (p. 45-66). Barueri: Manole.

PESSINI L. **Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo.** Rev Bioet 2010;18(3):549-60.

PIMENTA, C.A.M; MOTA, D.D.C.F; DA CRUZ, D.A.L.M. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia.** São Paulo: Manole; 2006. Cap. 2, Cuidados paliativos: Conceitos básicos, histórico e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e da Associação internacional de Hospice e Cuidados Paliativos; p.16-28.

PUPULIM, J. S. L. & SAWADA, N. O. (2012). **Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital.** Revista Brasileira de Enfermagem REBEn, 65 (4).

RIBEIRO, E. E. (2008). **Tanatologia: vida e finitude.** Rio de Janeiro: Unati.

RODRIGUES IG. **Cuidados Paliativos: Análise de conceito** [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.

SANTOS, C. E. et al. **Palliative care in Brasil: present and future.** Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, [s.l.], v. 65, n. 6, p.796-800, jun. 2019.

SILVA, E. A. (2004). Flecha Descendente. In Abreu, C. N.; Guilhardi, H. J. **Teoria Comportamental e Cognitivo-Comportamental: práticas clínicas** (pp. 320-329). São Paulo, SP: Roca.

SILVA MJP 2002. **O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde.** Bioética 10(2):73-88.

SIMONETTI, A. (2004). **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

TANJI S. **O cuidado humanístico num contexto hospitalar.** Texto Contexto Enf 2000 maio-ago; 9(2):800-11.

TEIXEIRA, J. A. C. (2004). **Psicologia da Saúde. Análise Psicológica** [online], 3 (XXII), 441-448.

WALSH F, MCGOLDRICK M. **Morte na família: sobrevivendo às perdas.** Porto Alegre: Artmed,1998.

WORLD HEALT ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care report.** Geneva : WHO, 2002.