



**COLEGIADO DO CURSO DE PSICOLOGIA
COORDENACAO DA MONOGRAFIA
MONOGRAFIA**

**PACIENTES ONCOLÓGICOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS: UM
OLHAR ATRAVÉS DA PSICOLOGIA HUMANISTA-EXISTENCIAL**

Ilhéus, Bahia

2020



**COLEGIADO DO CURSO DE PSICOLOGIA
COORDENACAO DA MONOGRAFIA
MONOGRAFIA**

DAMARES DOS SANTOS SANTANA

**PACIENTES ONCOLÓGICOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS: UM
OLHAR ATRAVÉS DA PSICOLOGIA HUMANISTA-EXISTENCIAL**

Artigo científico entregue para acompanhamento como parte integrante das atividades de TCC II do Curso de Psicologia da Faculdade de Ilhéus.

Ilhéus, Bahia

2020

**PACIENTES ONCOLÓGICOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS: UM
OLHAR ATRAVÉS DA PSICOLOGIA HUMANISTA-EXISTENCIAL**

DAMARES DOS SANTOS SANTANA

Aprovado em: __ / __ / ____

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Marcos Aurélio Lordão Rocha – Mestre
Faculdade de Ilhéus - CESUPI
(Orientador)**

**Prof. Walmir dos Santos Monteiro - Mestre
Faculdade de Ilhéus - CESUPI
(Avaliador I)**

**Prof. Lindomar Coutinho da Silva - Mestre
Faculdade de Ilhéus - CESUPI
(Avaliador II)**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu querido esposo, Rafael Rabat, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo dessa trajetória. Luz da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por até aqui ter me sustentando e nunca me abandonar, renovando sempre a minha fé e esperança.

Agradeço a minha mãe de coração, Luzia Marcia Rabat, por tudo que tem feito e faz por mim e por minha família, você é a luz das nossas vidas.

Ao meu esposo Rafael Rabat, por sua paciência e dedicação, sendo um pai, esposo e amigo sempre presente na minha vida e na vida dos nossos filhos. Se hoje estou escrevendo esse trabalho, agradeço a você por ter me incentivado a nunca desistir.

Ao meus queridos e amados filhos, Arthur Rabat e Miguel Rabat, por serem a minha motivação desta caminhada, por perdoarem a minha ausência e ao mesmo tempo estarem sempre de braços abertos, com um sorriso no rosto e cheios de amor para dar.

Aos meus queridos irmãos e sobrinhos, por estarem sempre comigo nos momentos que mais preciso, por serem pessoas que eu posso sempre contar.

Agradeço também aos meu amigos e colegas de trabalho, por estarem sempre me incentivando nessa jornada.

A minha turma de psicologia, em especial a colega Ariana Bomfim, por me acolher e me acompanhar durante toda essa etapa.

Ao meu querido orientador Marcos Aurélio Lordão Rocha, sempre com paciência e ternura, toda minha admiração por ser esse ser que transmite paz.

Ao professor Rodrigo Alves Bezerra, por ser esse excelente professor, demandando amor pelo que faz, minha eterna admiração.

“E é só pela consciência da morte que nos apressamos em construir esse ser que deveríamos ser.” (Ana Claudia Quintana Arantes)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Câncer, Psico-oncologia e Cuidados Paliativos.....	12
2.1.1 Câncer.....	12
2.1.2 Psico-oncologia.....	12
2.1.3 Cuidados Paliativos.....	13
2.2 A Morte, o Morrer e os impactos do diagnóstico de uma doença incurável.....	15
2.2.1 O primeiro estágio: negação e isolamento.....	17
2.2.2 O segundo estágio: raiva.....	17
2.2.3 O terceiro estágio: barganha.....	18
2.2.4 O quarto estágio: depressão.....	18
2.2.5 O quinto estágio: aceitação.....	19
2.3 Resgatando o viver: o sentido da vida diante do sofrimento... 	19
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXOS.....	26

Damares dos Santos Santana¹, Marcos Aurelio Lordão Rocha²

1. Discente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ilhéus-CESUPI, Ilhéus, BA. E-mail: damaresrabat@gmail.com

2. Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ilhéus-CESUPI, Ilhéus, BA. e-mail: mlordao@hotmail.com

RESUMO

Quando se tem uma doença muito grave, como o câncer, a primeira coisa que permeia os pensamentos do doente é a finitude da vida, sobre o sofrimento que a doença irá causar, procurando um sentido para o que está sendo vivenciando. Por esse motivo a Psicologia Humanista Existencial possibilita uma compreensão da construção de sentido da vida, mesmo diante do sofrimento. O presente trabalho apresenta uma natureza qualitativa bibliográfica. Elucidando assim, que é necessário resgatar o sentido da morte para as pessoas que estão sobre cuidados paliativos, além de compreender quais as etapas vivenciadas diante do processo de adoecimento. Desta forma percebendo-se que a doença se repete nas pessoas, mas a dor e o sofrimento são vivenciados de forma única, singular e subjetiva. Por isso, a contribuição do psicólogo junto a equipe multiprofissional é tão importante.

Palavras-Chave: morte, oncologia, sofrimento.

ABSTRACT

When you have a very serious disease, such as cancer, the first thing that permeates the patient's thoughts is the finitude of life, about the suffering that the disease will cause, looking for a meaning for what is being experienced. For this reason, Existential Humanistic Psychology enables an understanding of the construction of the meaning of life even in the face of suffering. The present work presents a qualitative bibliographic nature. Thus elucidating that it is necessary to rescue the sense of death for people who are under palliative care, in addition to understanding what stages are experienced in the face of the illness process. Thus, realizing that the disease is repeated in people, but pain and suffering are experienced in a unique, singular and subjective way. That is why the contribution of the psychologist to the multidisciplinary team is so important.

Keywords: death, oncology, suffering.

1. INTRODUÇÃO

Os indivíduos quando ficam doentes, é natural que exista um sofrimento físico, pois é a forma de manifestação da doença no corpo, mas além dessa manifestação de sofrimento, existe também o sofrimento psicológico, familiar, social e espiritual. Quando se tem uma doença muito grave, como o câncer, a primeira coisa que permeia os pensamentos do doente é a finitude da vida, sobre o sofrimento que a doença irá causar, procurando sempre um sentido para o que está sendo vivenciando, um motivo pelo qual a doença apareceu na vida naquele momento, o porque a doença está mudando completamente a sua perspectiva de futuro e como essa doença irá interferir na sua vida diária (ESTEVÃO e SILVEIRA, 2014).

São vários os questionamentos que permeiam a mente de uma pessoa que recebe um diagnóstico de uma doença nova, e que muitas vezes não tem com quem compartilhar, não tem com quem discutir seus planos e sentimentos vivenciados nesse momento, alguém que possa cuidar não só da doença, embora todo objetivo seja a cura e o controle da doença, mas que possa cuidar do sofrimento que vai além do sofrimento físico (CARVALHO BRAGA e QUEIROZ, 2013).

Foi pensando em cuidar para além do sofrimento físico, que os cuidados paliativos surgiram, com intuito de cuidar da dor e também do sofrimento causado pela doença. Assim como existe áreas da medicina, da psicologia, da enfermagem, entre outras especialidades, que tratam a progressão da doença, a área de cuidados paliativos cuida do sofrimento, promovendo uma qualidade de vida mesmo diante da doença (DE PAIVA, DE ALMEIDA JUNIOR e DAMASIO, 2014).

Em uma sociedade ocidental existe dificuldade de se falar sobre a finitude da vida, seja no ambiente familiar, social ou até mesmo acadêmico, pois apesar de sabermos que todos nós um dia iremos morrer, o assunto é envolto de mistificação, desprezo ou até mesmo preconceito. Essa finitude da vida que nos coloca sobre o status de mortal, e pensar sobre essa mortalidade, na maioria das vezes, gera medo e nos faz querer fugir desse pensamento tão mórbido e inevitável, mas só quando estamos diante de uma ameaça externa, como uma doença fora de controle médico, é que se gera uma maior reflexão sobre o sentido da nossa existência. Como base nas considerações expostas, problematiza-se: Como a Psicologia Humanista-Existencial nos ajuda a compreender o sentido da vida e da morte para pacientes

oncológicos que estão sobre cuidados paliativos?

Na sociedade atual onde as pessoas cada vez mais adoecem, muitas vítimas de doenças crônico-degenerativas e com um período de vida pré-estabelecido, vêm despertando uma necessidade de se falar sobre o assunto, pois falar sobre uma morte anunciada, gera medo e desconforto, mesmo sabendo-se que um dia o final da vida irá chegar. Por esse motivo, é necessário compreender qual o sentido da morte e da vida para pacientes oncológicos sobre cuidados paliativos para que possamos desenvolver habilidades e competências quanto a atuação do psicólogo frente a este contexto e demonstrar a importância de se falar sobre o tema, garantindo assim que todos possam estar preparados para melhor lidar com a morte quando ela estiver próxima.

O método de procedimento deste estudo é de natureza qualitativa bibliográfica, combinado com o documental, haja vista ter utilizado material impresso e online já publicados, como livros, trabalhos acadêmicos e artigos dispostos em sites como Scielo, Redalyc e Pepsic, dos últimos anos.

A pesquisa em questão tem como objetivo geral compreender como a Psicologia Humanista-Existencial poderá nos ajudar na compreensão do sentido da morte e da vida para pacientes oncológicos que estão sobre cuidados paliativos. Pretende-se especificamente, explicar o que são cuidados paliativos; investigar quais os estágios emocionais vivenciados pelos pacientes oncológicos que estão sobre cuidados paliativos após o diagnóstico revelado; expressar as contribuições da Psicologia Humanista-Existencial na compreensão de qual o sentido da vida e da morte para pacientes oncológicos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Câncer, Psico-oncologia e Cuidados Paliativos

2.1.1 Câncer

Primeiramente precisa-se compreender o que é o câncer, onde Silva e Boaventura (2011, p. 37), descreve como uma doença crônico-degenerativa que “se desenvolve a partir de uma célula do nosso próprio corpo, e, portanto, não é uma doença contagiosa, pois nasce de um problema existente no próprio tecido. ” A doença acomete tecidos celular de qualquer parte do corpo formando uma massa tecidual, denominada de “tumor”, esse crescimento acontece de forma anormal e muitas vezes fora de controle médico, sendo caracterizados como benignos ou malignos, sendo o segundo formado por células que se proliferam rapidamente de maneira descontrolada e agressiva.

O câncer é uma doença que acomete os indivíduos não só fisicamente, mas trata-se de uma enfermidade na qual provoca impactos de ordem psíquica, social e também econômica, trazendo modificações tanto para o indivíduo quanto para seus familiares. Por ser uma doença que põe a vida em risco, poderá trazer frequentes transtornos psíquicos, além de reduzir a qualidade de vida dos indivíduos acometidos por essa doença, gerando em primeiro momento um sofrimento inevitável (GRANER, JUNIOR e ROLIM, 2010).

Embora nos últimos anos os avanços científicos na área de saúde vêm se tornando crescente, o envelhecimento populacional e o crescente número de pessoas acometidas com doenças crônico-degenerativas ainda superam esses avanços. Onde o câncer vem sendo uma das doenças que ainda em alguns casos o paciente se encontra fora do alcance terapêutico curativo, esgotando os recursos médicos para regressão da doença, gerando assim encaminhamento para uma assistência através dos cuidados paliativos (GOMES e OTHERO, 2016).

2.1.2 Psico-oncologia

É através da oncologia, ciência que estuda o câncer, a instalação, progresso e tratamento da doença, que é possível compreender o câncer como uma doença crônica, potencialmente capaz de trazer alterações físicas, sociais e psicológicas. Desta forma pensando em tratar essas alterações de maneira

multiprofissional, foi desenvolvido o campo de atuação da psicologia, a psico-oncologia, responsável pelas intervenções psicossociais, através do suporte desde o diagnóstico, até todo o processo de tratamento, reabilitação ou até mesmo os cuidados paliativos, aos quais pacientes e familiares de deparem durante o percurso da doença (SILVA e BOAVENTURA, 2011).

Segundo Scannavino et al. (2013), a psico-oncologia surgiu justamente da atuação do psicólogo frente a uma doença crônico-degenerativa, que é o câncer, com o intuito de melhor atender pacientes oncológicos, visto que doenças como essa produzem consequências para o indivíduo na forma física e também psicológica, trazendo danos e conflitos diversos, como dor, desconforto, baixa autoestima, depressão, ansiedade, dificuldade de socialização, entre outros. Durante essa inserção da psicologia no campo oncológico, percebeu-se que a atenção dada ao sofrimento psíquico enfrentado por esses pacientes resultou em uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes e familiares, além de obter uma melhor adesão ao tratamento.

O campo da psico-oncologia abrange dessa forma pacientes que estão sobre cuidados paliativos, que é justamente uma modalidade de assistência que difere dos cuidados curativos da doença, possuindo um enfoque de assistência integral do paciente e o meio que o circunda (familiares, cuidadores e equipe de saúde), garantindo que o momento seja vivenciado da forma mais tranquila possível, livre de dor, desconfortos e tristeza. A assistência em cuidados paliativos surgiu justamente da necessidade de ser realizado um trabalho voltado para pacientes que antes morriam nos hospitais sem os cuidados necessários, pois para muitos profissionais, não havia mais o que se fazer com o doente (SILVA e BOAVENTURA, 2011).

2.1.3 Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos sempre foram presentes na humanidade, se confundido historicamente com o termo hospice (hospício; asilo; albergue), pois desde o século V, o Hospício do Porto de Roma, através da religião cristã, já realizava o acolhimento a pessoas menos favorecidas, órfãos e doentes, neste período havia pouca estrutura, e um baixo conhecimento das doenças de difíceis tratamento e muitas não possuíam tratamento algum, mesmo assim o que se

buscava alcançar eram os cuidados paliativos como forma de minimizar os sintomas, a dor e o sofrimento causados pela doença. (MATSUMOTO, 2012).

O surgimento dos cuidados paliativos se deu através da criação do primeiro hospice em Londres, em 1967, denominado de St. Christopher's Hospice, logo em seguida, em 1969, ocorreu a criação do programa de Cuidados Paliativos Domiciliários, tendo como fundadora a médica Cicely Saunders. O intuito do programa era tratar as pessoas com enfermidades graves e incuráveis que as colocavam em seu final de vida, controlando a dor, o sofrimento, cuidando dos impactos e dúvidas do doente e família, assim concentrando uma área de investigação e formação de profissionais interessados em ingressar na área de cuidados paliativos (CAPELAS et al., 2014).

No Brasil a prática em cuidados paliativos surgiu inicialmente nos anos de 1990, mas antes a assistência era voltada para:

Pacientes oncológicos e terminais; contudo, no final dos anos 1980, os CP ganharam visibilidade e tornaram-se questão-chave da saúde pública, abrangendo aqueles que apresentavam alguma enfermidade que causasse dor intensa, bem como outros sintomas físicos, emocionais ou espirituais que acarretassem sofrimento e que tornassem a vida intolerável (6,12). Em 1990, a OMS definiu cuidados paliativos, ressaltando e facilitando a sua aplicação. Em 2002, o conceito foi revisado e sua definição, readequada à nova percepção do processo de morrer. (DE PAIVA, DE ALMEIDA JUNIOR e DAMASIO, 2014, p. 25).

Atualmente o paciente quando se encontra fora da possibilidade terapêutica de cura de uma doença é encaminhado para os cuidados paliativos, cuidados esse que não devem ser prestados apenas na fase crítica, mas durante todo o percurso da doença. Visto que, estar fora do alcance de tratamento médico e interrupção da progressão da doença, gera limitações e fragilidades específicas da condição humana, os cuidados paliativos têm o propósito de prestar assistência a pessoas portadoras de doenças graves ou incuráveis, que estão em progressão, e essa doença ameaça à continuidade da vida. (DE PAIVA, DE ALMEIDA JUNIOR e DAMASIO, 2014).

Desta forma a o conceito de Cuidados Paliativos trazido por Porto e Lustosa (2010), reafirma a sua importância e aplicabilidade na sociedade:

Os Cuidados Paliativos não dizem respeito primordialmente a cuidados institucionais, mas trata-se, fundamentalmente, de uma filosofia de cuidados que pode ser utilizada em diferentes contextos e instituições. Pode ocorrer no domicílio da pessoa portadora de doença crônica-degenerativa ou em fase terminal, na instituição de saúde onde está internada ou no hospice,

uma unidade específica dentro da instituição de saúde destinada exclusivamente para esta finalidade (PORTO & LUSTOSA, 2010, p. 85).

Os cuidados Paliativos devem ser adequados a cada paciente, pois cada indivíduo manifesta uma doença de forma única, desde o sentir, o perceber e agir, por esse motivo os cuidados paliativos irão favorecer ao controle desse sofrimento, promovendo mais qualidade de vida durante o tempo necessário, pois o objetivo não é prolongar os dias de vida do paciente, mas fazer com que esses dias sejam os mais conscientes e dignos de serem vividos, havendo assim um melhor fechamento do seu ciclo de vida (CASTRO, 2001). Onde segundo Kovacs (2014, pag. 100), “dignidade é morrer com afirmação de valores e crenças essenciais na vida da pessoa. ”

Os princípios que norteiam a assistência em cuidados paliativos são:

- A morte deve ser compreendida como um processo natural, parte da vida, e a qualidade de vida é o principal objetivo clínico;
- Os Cuidados Paliativos não antecipam a morte, nem prologam o processo de morrer;
- A família deve ser cuidada com tanto empenho como o doente. Paciente e familiares formam a chamada unidade de cuidados;
- O controle de sintomas é um objetivo fundamental da assistência. Os sintomas devem ser rotineiramente avaliados e efetivamente manejados;
- As decisões sobre os tratamentos médicos devem ser feitas de maneira ética. Pacientes e familiares têm direito a informações acuradas sobre sua condição e opções de tratamento; as decisões devem ser tomadas de maneira compartilhada, respeitando-se valores étnicos e culturais;
- Cuidados Paliativos são necessariamente providos por uma equipe interdisciplinar;
- A fragmentação da saúde tem sido uma consequência da sofisticação da medicina moderna. Em contraposição, os Cuidados Paliativos englobam, ainda, a coordenação dos cuidados e provêm a continuidade da assistência;
- A experiência do adoecimento deve ser compreendida de uma maneira global e, portanto, os aspectos espirituais também são incorporados na promoção do cuidado;
- A assistência não se encerra com a morte do paciente, mas se estende no apoio ao luto da família, pelo período que for necessário (GOMES e OTHERO, 2016, p. 158).

2.2 A Morte, o Morrer e os impactos do diagnóstico de uma doença incurável.

A morte é caracterizada segundo Kubler-Ross (1926), como um medo universal, um medo natural, um evento inevitável, que irá chegar para todas as pessoa, embora os seres humanos tenham atingido um desenvolvimento

tecnológico e científico, que permita o tratamento e controle de várias doenças, ainda existem doenças de difícil controle que fogem da possibilidade de tratamento.

Onde ao mesmo tempo em que a morte é refugada e vetada, ela também se faz presente dia a dia, onde existe vida há também de existir a morte. Existe uma dualidade entre viver a vida e saber que um dia ela chega ao fim. Lidamos com morte dos outros o tempo todo e falar sobre a própria morte é muito difícil para as pessoas, pois “a morte escancarada invade a vida das pessoas, pela violência, por ser inesperada, dificultando a elaboração do luto. Esse tipo de morte é apresentada na TV, inundando domicílios com uma torrente de imagens de mortes” (KOVACS, 2011, p. 484).

Em seus estudos, Morais (2010) resgata os diferentes entendimentos sobre a morte elaborado por Philippe Aries (1914-1984), onde a predominância que atualmente se observa no contexto cultural é a morte como tema interdito e envolto de tabu, trazendo para o contexto uma morte que deve ser evitada e caracterizada como sinal de derrota e vergonha. Isto ainda é um problema de comunicação que gera desconforto, tanto para as pessoas que estão diante da morte, e também para os seus familiares e profissionais, que deve ser combatido e encarado para que a sociedade aprenda a lidar com a morte e suas várias formas de suceder, seja ela indigna, prolongada, com muito sofrimento e muitas vezes solitária, é necessário morrer com dignidade e autonomia.

Desta forma, Porto e Lustosa (2010), afirma que:

É difícil, nos tempos de hoje, encarar a morte como um fenômeno natural. Com o avanço da ciência, mais se teme e se nega a morte como realidade. Isto se dá, na maioria dos casos, por conta da técnica através de repouso, tranquilizantes, aparelhos, transfusões, picadas, intromissões de tubos e cateteres, além de exames muito invasivos (PORTO e LUSTOSA, 2010, p. 92).

Quando se fala sobre morte é inevitável pensar no tempo, pois quando uma pessoa está permeando seus últimos momentos de vida, se depara com uma grande pergunta, quanto tempo ainda se tem para viver? A resposta dessa grande questão é que ninguém tem esse poder de decisão quanto ao tempo que o outro irá viver, mas o que se pode garantir é uma maior autonomia do paciente para que aproveite os seus últimos dias livre de dor e sintomas que geram sofrimento e garanta uma reflexão sobre tudo que já foi vivido e qual o proveito foi tirando da experiência vivida (DE PAIVA, DE ALMEIDA JUNIOR e DAMASIO, 2014). “Neste

contexto, morrer é o acidente maior, e adoecer, um desequilíbrio temporário que grita por soluções adequadas” (RIBEIRO, 2019, pag. 72).

Por esse motivo, as pessoas acometidas por doenças graves perpassam basicamente “pelos estágios de consciência e percepção da morte; ajustamento social e preparação pessoal; informação às pessoas sobre a situação da doença; delegação de responsabilidades a familiares, amigos, profissionais e despedidas” (KOVAC, 2014, p.96). Esperasse que o momento de preparação para a morte seja o mais humanizado possível, “como se é ajudado para nascer, o homem precisa ser também ajudado no momento do morrer (PORTO e LUSTOSA, 2010, p. 92).

Kubler-Ross (1926), escreveu em seu livro intitulado “Sobre a morte e o morrer”, estágios vivenciados pelas pessoas que estão diante da morte iminente, sendo eles a negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Todos esses estágios são experienciados de forma subjetiva, e não existe uma forma linear de vivência, podendo o indivíduo não completar todos os estágios até o final da sua vida.

2.2.1 O primeiro estágio: negação e isolamento

Alves e Dulci (2014), descreve a negação como um mecanismo mais primário dos pacientes e também familiares que recebem a notícia de uma doença incurável. Ocorrendo logo no início do diagnóstico, esse primeiro estágio será vivenciado de acordo com a capacidade do paciente e de seus familiares de lidar com o sofrimento e a dor. “Em geral, a negação não persiste por muito tempo. No entanto, alguns pacientes podem jamais ultrapassar esse estágio, indo de médico em médico, na tentativa de encontrar alguém que o apoie em sua posição” (DE PAIVA, DE ALMEIDA JUNIOR e DAMASIO, 2014, p.553).

2.2.2 O segundo estágio: raiva

Kubler-Ross (1926, p.63) afirma, “quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. Surge logo uma pergunta: Por que eu? ”. Nesse estágio é muito difícil para os familiares, cuidadores e equipe profissional, pois o sentimento de raiva se alastra e vai de encontro a todos que compartilham o ambiente com o doente.

“Esta emoção diz respeito à explosão de sentimentos frente à impossibilidade de negar o fato. Tal reação pode ser reforçada pelas reações da equipe e da família, raiva quase irracional muitas vezes (ALVES e DULCI, 2014, p. 266). “É importante que, nesse estágio, haja compreensão dos demais sobre a angústia transformada em raiva no paciente que teve de interromper as atividades da sua vida por causa da doença ” (DE PAIVA, DE ALMEIDA JUNIOR e DAMASIO, 2014, p.553).

2.2.3 O terceiro estágio: barganha

Nessa fase, geralmente o paciente tenta negociar consigo mesmo, com Deus ou com os médicos, trazendo algum tipo de acordo que tente adiar o seu desfecho inevitável. “Os pacientes acreditam que, por serem obedientes, alegres e não questionadores, o médico fará com que melhorem. Normalmente, a pessoa que se encontra nesse estágio realiza promessas em sigilo” (DE PAIVA, DE ALMEIDA JUNIOR e DAMASIO, 2014, p.553). O mesmo autor acrescenta que esse tipo de comportamento gera no paciente um bem-estar, por acreditar que manifestar um bom comportamento será recompensado, mantendo-se reflexivo, calmo e carismático.

2.2.4 O quarto estágio: depressão

“Essa fase surge quando o paciente se encontra em fase terminal e tem consciência da sua debilidade física; portanto, não pode mais negar sua doença” (DE PAIVA, DE ALMEIDA JUNIOR e DAMASIO, 2014, p.554). O estágio de depressão como o próprio nome já diz, é vivenciado com sentimentos de solidão, tristeza profunda, choro e isolamento. Ao passar por essa etapa o paciente “mergulha em seu mundo interno e se isola, não visualiza mais horizontes que antes parecia tangíveis. Então, nesse momento é comum experienciar o sentimento de incapacidade diante da situação” (PRADO et al., 2019, p. 4).

Diante das etapas anteriores que não deram certo: a negação e isolamento não adiantou; sentir raiva de si mesmo e de todos que estão a sua volta também não o colocou em um desfecho da sua doença e barganhar fazendo acordos também não adiantou, devendo deixar que esse momento de grande pesar seja vivenciado e externalizado, levando-o ao sentimento de aceitação de maneira

mais fácil. Esse é o momento de perder tudo e todos que estiveram sempre presentes, por isso é necessário que o paciente esteja sempre acompanhado dos seus familiares e se possível realizar momentos que outrora o fazia feliz (DE PAIVA, DE ALMEIDA JUNIOR e DAMASIO, 2014).

2.2.5 O quinto estágio: aceitação

Kubler-Ross (1926) chega à conclusão de que, no último estágio, os pacientes que viveram a doença e receberam apoio podem chegar a essa fase aceitando o processo. “Na fase de aceitação os doentes passam a compreender de forma mais consciente os limites ocasionados pelo seu adoecimento e conseguem exprimir a realidade como realmente é” (PRADO et al., 2019, p. 4).

Não se pode desistir do tratamento do paciente, porque, ao sentir-se abandonado ou sem assistência, ele se entrega e desiste também. O paciente se sentirá confortado em saber que não foi esquecido, mesmo quando não houver mais nada a se fazer por ele. Nesse momento, os cuidados paliativos vão ao encontro das necessidades do paciente terminal, uma vez que podem, isso sim, minimizar a dor e o sofrimento, e ao mesmo tempo atender às suas necessidades básicas de higiene, nutrição e conforto, ajudando-o a manter sua dignidade como pessoa. (DE PAIVA, DE ALMEIDA JUNIOR e DAMASIO, 2014, p.554).

Nesta etapa é de grande importância os cuidados também voltados para a família, além de compreender que as necessidades do paciente deverão ser atendidas, garantindo que seus últimos dias sejam vivenciados com paz e sua morte seja conduzida de maneira digna. Neste momento cabe ao paciente escolher junto a família qual o tipo de assistência será mais adequado, seja na forma hospitalar ou à domicílio, garantido a privacidade e autonomia do paciente e familiares (ALVES e DULCI, 2014).

2.3 Resgatando o viver: O sentido da vida diante do sofrimento

Na história da humanidade a busca pelo sentido da vida sempre foi muito presente, mesmo diante das adversidades: pobreza, catástrofes, violência ou doenças. Diante disto, o sofrimento humano também sempre se fez presente, sendo inerente a condição humana, o grande desafio é o que fazer diante dele, o que buscar perante ao sofrimento, esses questionamentos colocam o homem em contradição com sua própria liberdade de escolha, onde agora o que se deve escolher é, qual a forma de dar um novo sentido para situações que o coloca na linha limite entre a vida e a morte (MOREIRA e HOLANDA, 2010).

Buscando responder se é possível encontrar um sentido para a vida diante do sofrimento e da morte iminente, Aquino (2014, p. 16) deixa claro que quando o sofrimento é inevitável “ o sentido é possível mesmo a seu despeito”. Além do mais “A análise existencial tem demonstrado que o sofrimento tem um sentido, e que além do sofrimento, a necessidade, o destino e a morte fazem parte da vida.” (MOREIRO e HOLANDA, 2010, p. 347).

Para entender melhor como os seres humanos lidam com o sofrimento diante da morte, podemos utilizar a teoria organísmica criada por Kurt Goldstein (1878 – 1965), na qual assegura que o organismo humano é capaz de se autorregular em busca de uma homeostase, esse mesmo conceito é utilizado pela Gestalt-terapia ampliando-o para o campo psicológico. Isso explica o porquê muitos indivíduos passam por uma situação difícil, como por exemplo, uma doença incurável, e consegue demandar energia para resolução de como encarar esse momento, isso flui inevitavelmente, e por mais que o indivíduo se depare com reações e sentimentos de medo, raiva ou negação, todo organismo é capaz de realizar a autorregulação organísmica e conseguir desenvolver novas formas de lidar com a doença, buscando assim um equilíbrio mesmo diante do sofrimento (MARTINS e MOREIRA, 2013).

Para melhor compreensão podemos destacar o termo saúde na Gestalt-terapia, o qual está ligado:

A satisfação adequada de necessidades, em um processo de autorregulação entre pessoa e meio. Assim, atrás de toda doença existe a não satisfação ou a satisfação inadequada de necessidades que precisam ser atendidas. Saúde é um processo auto-regulativo que emana de um instinto maior, o instinto de autopreservação. Todo ser que nasce, nasce para continuar existindo, e se organiza de tal modo que tudo nele aspira complementar-se cotidianamente (RIBEIRO, 2019, pag. 72).

Seguindo a linha Humanista Existencial, de acordo com Frankl (1989), as pessoas estão sempre em busca do sentido da vida, e quando se deparam com situações difíceis, como o diagnóstico de uma doença, o psicoterapeuta não é capaz de dar um sentido para a vida dessa pessoa, mas ajudá-la a encontrar o seu próprio sentido. Pois de acordo com o mesmo autor, diante do sofrimento, como uma doença incurável, existem fatores que levam o indivíduo a encontrar um sentido para a vida, como a valorização, ou seja, a importância que a pessoa direciona a tudo que foi vivido desde pequenas a grandes acontecimentos, influenciando assim na sua forma de lidar com a situação atual.

Além do mais, diante do processo de adoecimento, as pessoas vivenciam um luto e se tornam cada vez mais questionadoras da sua própria existência. Ao psicoterapeuta cabe estar ciente que neste momento é necessário:

Em vez de explicar, precisa oferecer a compreensão dos sentimentos e compartilhar com ele aquilo que viveu; em vez de dar respostas, acolher; e em vez de oferecer teoria sobre o luto, confirmar a vivência singular. Raiva, pânico, depressão e tristeza são sentimentos esperados, por isso não é trabalho do terapeuta eliminar tais sentimentos, mas, sim, apoiar o cliente para que desenvolva auto-suporte e que possa acreditar que pode fazer isso por aí (BIRCK, 2010, p.26).

O psicólogo poderá contribuir na apropriação de conhecimento e saber, levando todas as informações necessárias sobre o processo de adoecimento, visto que muitas pessoas adotam uma postura de “submissão e passividade na relação com o médico, em que muitas vezes guardam para si dúvidas, questionamentos, medos e críticas que, se expressas, poderiam atender a importantes necessidades individuais”. (ESTEVÃO e SILVEIRA, 2014, p.290).

Diante das contribuições das Psicologia Humanista Existencial, os cuidados paliativos enquanto processo de cuidar, devem priorizar o atendimento humanizado dos indivíduos, assegurando uma compreensão da visão holística, onde é necessário entender o ser humano em sua totalidade orgânica, em seus diferentes aspectos, compreendendo que existe uma indissociável relação entre organismo-ambiente, e que apesar do adoecimento ocorrer no organismo/corpo, existe também o adoecimento psicológico, social e espiritual, que devem ser levados em consideração quando o que se busca é um equilíbrio entre a dor e o bem-estar (RAMOS, 2018).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto neste trabalho, percebe-se que há muito a se fazer mesmo diante de um diagnóstico de uma doença progressiva, como o câncer, onde muitas vezes se esgota as possibilidades de cura e a morte é inevitável, pois durante esse processo o paciente entra em processo de busca e conseqüentemente a descoberta do sentido da vida, havendo uma maior reflexão da sua própria existência, de tudo que já foi vivenciado e das possibilidades de viver projetos de vida ainda não alcançados.

O que se pode perceber é que a doença se repete nas pessoas, mas a dor e o sofrimento são vivenciados de forma única, singular e subjetiva. Por isso, a contribuição do psicólogo junto a equipe multiprofissional é tão importante, ajudando a minimizar o sofrimento e conduzir o paciente ao encontro consigo mesmo, sua auto realização. De acordo com Arantes (2016) os cuidados paliativos possibilitam que o paciente encontre um sentido para o final da vida, pois se o paciente estiver sem dor, sem falta de ar, sem desconforto, sem medo, sem culpa, sem abandono, ele poderá entender o sentido de tudo o que se viveu, o sentido da sua própria existência.

Embora neste trabalho seja importante compreender sobre o que é o câncer, cuidados paliativos e a psico-oncologia, é dentro deste processo de adoecimento que a Psicologia Humanista Existencial busca trazer um olhar para o enfrentamento do sofrimento como uma oportunidade de crescimento pessoal, possibilitando que o paciente extraia da situação um ensinamento antes nunca vivenciado.

REFERÊNCIAS

ALVES, Carolinne Borges; DULCI, Pedro Lucas. Quando a morte não tem mais poder: considerações sobre uma obra de Elisabeth Kubler-Ross. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 262-270, 2014. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533265008.pdf> Acesso em 05 set. 2019.

AQUINO, Thiago Antonio Avellar et al. Falando de morte e da finitude no ambiente escolar: um estudo à luz do sentido da vida. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 34, n. 2, p. 302-317, 2014. Disponível em <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/8487/1/PDF%20-%20Lucimar%20Gomes%20Fortunato%20de%20Aquino.pdf> Acesso em 18 nov. 2019.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

BIRCK, Michele Daiane. Perdas Necessárias sob o olhar da Gestalt Terapia. 2010. Disponível em: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:MAR2TvTrYIOJ:scholar.google.com/+morte+se+torna+fundo+figura+gestalt&hl=pt-BR&as_sdt=0,5 Acesso em 18 mai. 2020.

CAPELAS, Manuel Luís et al. Desenvolvimento histórico dos Cuidados Paliativos: Visão nacional e internacional. **Cuid Paliat**, v. 1, p. 7-13, 2014. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Manuel_Capelas/publication/279191632_Desenvolvimento_historico_dos_Cuidados_Paliativos_visao_nacional_e_internacional/links/558d734608ae15962d893a84/Desenvolvimento-historico-dos-Cuidados-Paliativos-visao-nacional-e-internacional.pdf Acesso em 18 nov. 2019.

CARVALHO BRAGA, Fernanda; QUEIROZ, Elizabeth. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. **Psicologia USP**, v. 24, n. 3, p. 413-429, 2013. Acesso em <http://www.periodicos.usp.br/psicousp/article/view/78849/82923> Acesso em 10 nov 2019.

CASTRO, Déborah Azenha de. Psicologia e ética em cuidados paliativos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 21, n. 4, p. 44-51, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400006 Acesso em 15 set. 2019.

DE PAIVA, Fabianne Christine Lopes; DE ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson; DAMÁSIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533266019.pdf> Acesso em 04 set. 2019.

ESTEVIÃO, Adriana Pereira, SILVEIRA, Teresinha de Mello. A Gestalt-Terapia no contexto hospitalar: compreensão, postura e possibilidades Gestalt Therapy in the hospital context: understanding, attitude and possibilities. **IGT na Rede**, v. 11, n. 21, 2014. Disponível em: <https://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=502&layout=html> Acesso em 18 mai. 2020

FRANKL, Viktor. Um Sentido para a Vida: Psicoterapia e humanismo. **Trad. Victor Hugo S. Lapenta. São Paulo: Editora Santuário**, 1989.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155 Acesso em 04 set. 2019.

GRANER, Karen Mendes; JUNIOR, Aderson Luiz Costa; ROLIM, Gustavo Sattolo. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 345-355, 2010. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751436009.pdf> Acesso em: 12 de set. 2019.

KOVACS, Maria Julia. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533264009.pdf> Acesso em 10 nov. 2019.

KOVACS, Maria Júlia. Instituições de Saúde e a Morte. Do interdito à comunicação. **Psicologia ciência e profissão**, v. 31, n. 3, p. 482-503, 2011. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/2820/282021812005.pdf> Acesso em 18 nov. 2019

KUBLER-ROSS, E. Sobre a Morte e o Morrer. **Trad. Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes**, 1926.

MARTINS, Márcio Antonio Giansante, MOREIRA, Liliane. A postura do Gestalt-Terapeuta The posture of the Gestalt-Therapist. **IGT na Rede**, v. 10, n. 19, 2013. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs/printarticle.php?id=438&layout=html> Acesso em 18 mai. 2020.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos ANCP**, v. 2, p. 23-24, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf#page=23> Acesso em 07 set. 2019.

MORAIS, Inês Motta. Autonomia pessoal e morte. **Revista Bioética**, v. 18, n. 2, 2010. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/565/538 Acesso em 18 nov. 2019.

MOREIRA, Neir; HOLANDA, Adriano. Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 345-356, 2010. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/4010/401036083008.pdf> Acesso em 18 nov. 2019.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. **Revista da SBPH**, v. 13, n. 1, p. 76-93, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582010000100007&script=sci_abstract&tlng=es Acesso em 11 nov. 2019.

PRADO, Eleandro et al. Vivenciando o processo morte-morrer: uma análise fenomenológica do paciente com câncer em estágio terminal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 21, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/55593/33749> Acesso em 18 nov. 2019.

RAMOS, Thaís Carneiro Costa. Acolhimento e cuidado: a gestalt-terapia diante do sofrimento psíquico. 2018. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34128/1/2018_Tha%c3%adsCarneiroCostaRamos.pdf Acesso em 19 mai. 2020

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica**. Summus Editorial, 2019.

SCANNAVINO, Camila Saliba Soubhia et al. Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicologia USP**, v. 24, n. 1, p. 35-53, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v24n1/v24n1a03.pdf>>. Acesso em: 12 de set. 2019

SILVA, Rafaella Brito; BOAVENTURA, Carolina Brum Faria. Psico-oncologia e Gestalt-terapia: uma comunicação possível e necessária. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 17, n. 1, p. 37-46, 2011. Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/3577/357735615007.pdf> Acesso em: 12 de set. 2019