



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**DÉBORA TEIXEIRA DE OLIVEIRA**

**TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMETIMENTO  
EM PACIENTES TERMINAIS**

ARIQUEMES - RO  
2019

**Débora Teixeira De Oliveira**

**TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMETIMENTO  
EM PACIENTES TERMINAIS**

Monografia apresentada ao curso de  
Graduação Psicologia da Faculdade de  
Educação e Meio Ambiente – FAEMA,  
como requisito parcial à obtenção do  
título de Bacharelado em Psicologia.

Profº Orientadora: Yesica Nunez  
Pumariega

Ariquemes - RO

2019

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA**

---

OL48t OLIVEIRA, Debora Teixeira.

Terapia de aceitação e comprometimento em pacientes terminais. / por Debora Teixeira Oliveira. Ariquemes: FAEMA, 2019.

42 p.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Psicologia - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Ma. Yesica Nunez Pumariega.

1. Terapia de aceitação e comprometimento. 2. Terminalidade. 3. Cuidados Paliativos. 4. Luto. 5. Teoria Cognitiva Comportamental. I Pumariega, Yesica Nunez. II. Título. III. FAEMA.

CDD:150.

---

**Bibliotecária Responsável**  
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro  
CRB 1114/11

**Débora Teixeira De Oliveira**

## **TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMETIMENTO EM PACIENTES TERMINAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de graduação em  
Psicologia da Faculdade de Educação e  
Meio Ambiente como requisito parcial à  
obtenção de título de Bacharel Psicólogo.

### **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Orientadora Ms.: Yesica Nunez Pumariega

<http://lattes.cnpq.br/0047172708620543>

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof. Fabiula de Amorim Nunes

<http://lattes.cnpq.br/6768972790902873>

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof. Jessica de Sousa Vale

<http://lattes.cnpq.br/9337717555170266>

Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 30 de Agosto de 2019.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente quero agradecer a Deus por ter me concedido força e disposição para não desistir de meus sonhos e objetivos, pois em meio às lutas e aflições me segurou em suas mãos e me sustentou.

Agradeço a minha mãe Teronilza Teixeira da Costa que com muita dedicação me orientou, e se não fosse pelo seu esforço não teria terminado minha graduação. Te amo mãe.

A minha irmã Paola Waneska de Oliveira Gasques, que apesar de ser birrenta e implicante me ama de montão e tem acreditado em meus sonhos.

Gratidão ao meu esposo Fabricio Pereira dos Santos, que nesses cinco anos suportou minhas crises de estresses, e sempre esteve presente com seu apoio e me ajudando a superar todos meus pensamentos disfuncionais. Gratidão pelo marido carinhoso e paciente que tem sido meu suporte. Amo você.

A minha orientadora, Yesica Nunez Pumariega, que com muita paciência e dedicação tem me orientado e me dado a liberdade de desenvolver meu trabalho de forma ética e eficaz.

A minha banca, Professora Fabiula de Amorim Nunes, e a minha querida e amável Professora Jessica de Sousa Vale. Obrigada por aceitar meu convite e me acompanhar nessa importante etapa de minha vida.

*“O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida”.*

*Cicely Saunders*

## RESUMO

O término da vida é um fenômeno sujeito a múltiplas interpretações diferenciadas entre as sociedades, culturas e momentos históricos. A morte pode ser entendida como parte integrante da vida humana ou como uma circunstância hedionda que, inevitável e definitivamente, extingue essa mesma existência. A percepção de morte e do morrer tem sofrido transformações ao longo do tempo, evoluindo desde uma experiência tranquila até uma possibilidade impregnada de angústia e temor, que deve ser evitada a todo o custo. Dessa forma o objetivo deste trabalho é verificar a importância da terapia de aceitação e comprometimento (ACT) em pacientes terminais. O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que conforme Silva (1988) “permite obter referenciais teóricos para a construção da pesquisa através dos materiais publicados em livros, revistas, redes eletrônicas e materiais científicos acessíveis ao público em geral”. Os materiais utilizados foram artigos de sites científicos, como Scientific Electronic Library Online (Scielo), Google de publicações científicas nas bases de dado Google Acadêmico e Scientific Electronic Library Online (Scielo), além de materiais do acervo pessoal da acadêmica, da professora orientadora e da plataforma online da Biblioteca Julio Bordignon. As técnicas mais utilizadas encontradas nos artigos foram: acolhimento, a avaliação geral do paciente, a psicoeducação, técnica de treino assertivo e de habilidades sociais, reestruturação cognitiva, e técnicas para alívio de tensão e ansiedade, técnicas de relaxamento, técnicas de distração e imaginação dirigida. De acordo com os artigos analisados, foi possível verificar que a ACT contribui significativamente no tratamento de pessoas em cuidados paliativos, uma vez que ela tem um caráter educativo, proporciona a reestruturação e mudanças cognitivas, comportamentais e flexibilização. Porém sugerem-se mais estudos e pesquisas em base de dados internacionais e nacionais com a temática de Cuidados Paliativos e Terapia Cognitivo-Comportamental.

**Palavras-chaves:** Terapia de aceitação e Comprometimento (ACT), Terminalidade, Cuidados Paliativos, Teoria Cognitiva Comportamental, Luto.

## **ABSTRACT**

The end of life is a phenomenon subject to multiple different interpretations between societies, cultures and historical moments. Death can be understood as an integral part of human life or as a hideous circumstance that inevitably and definitively extinguishes that very existence. The perception of death and dying has been transformed over time, evolving from a peaceful experience to a possibility full of anguish and fear that must be avoided at all costs. Thus, the objective of this study is to verify the importance of acceptance and commitment therapy (ACT) in terminally ill patients. This study is a bibliographical research, which according to Silva (1988) "allows to obtain theoretical references for the construction of research through the materials published in books, magazines, electronic networks and scientific materials accessible to the general public". The materials used were articles from scientific sites, such as the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google from scientific publications in the Google Scholar and Scientific Electronic Library Online (SciELO) databases, as well as materials from the personal collection of the academic, the mentoring teacher and Julio Bordignon Library online platform. The most commonly used techniques found in the articles were: welcoming, general patient assessment, psychoeducation, assertive and social skills training technique, cognitive restructuring, and techniques for stress and anxiety relief, relaxation techniques, distraction techniques, and imagination. directed. According to the articles analyzed, it was found that ACT contributes significantly to the treatment of people in palliative care, since it has an educational character, provides restructuring and cognitive, behavioral changes and flexibility. However, further studies and research in international and national databases with the theme of Palliative Care and Cognitive Behavior Therapy are suggested.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Terminality, Palliative Care, Cognitive Behavioral Theory, Grief.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Taxa de mortalidade ao ano das 5 doenças que mais mata no Brasil .....	17
Figura 2 – Componentes do modelo de flexibilidade psicológica.....	29

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACT – TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO

FAEMA - FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CANCER

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

SCIELO – SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>12</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
4.1	TERMINALIDADE .....	14
4.2	TIPOS DE DOENÇAS TERMINAIS .....	15
4.3	REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO.....	17
<b>5</b>	<b>A IMPORTÂNCIA DO APOIO FAMILIAR E TERAPÊUTICO PARA O PACIENTE TERMINAL</b> .....	<b>20</b>
5.1	PAPEL DO PSICÓLOGO DIANTE DO PACIENTE EM ESTADO TERMINAL ..	23
<b>6</b>	<b>TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS</b> .....	<b>24</b>
6.1	TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO (ACT) NO TRATAMENTO DE PACIENTES TERMINAIS.....	26
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>33</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>35</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>40</b>

## INTRODUÇÃO

O estudo abordado é de suma relevância, pois o mesmo envolve o bem-estar emocional das pessoas que possuem algum tipo de enfermidade sem possibilidade de cura, causando na maioria das vezes enorme sofrimento biopsicossocial. Por meio disso, serão apresentadas intervenções com base na Terapia de Aceitação e Comprometimento que vem auxiliar esses indivíduos terem uma melhor qualidade de vida e desenvolverem ferramentas para saberem lidar com essas questões. A finalidade dessa pesquisa é verificar como a Terapia de Aceitação e Comprometimento pode intervir e contribuir no alívio do sofrimento desses indivíduos, pois os mesmo requerem muita atenção e cuidados. Ainda através da mesma, será possível conhecer mais sobre tais aspectos, e com isso, contribuir para que outros profissionais da psicologia tenham acesso a essas informações.

A Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da dor procura auxiliar os pacientes serem capazes de perceber o impacto que os pensamentos e os sentimentos negativos de dor podem provocar na manutenção de comportamentos que são inadequados, desenvolverem métodos para aprenderem a lidar com a dor e os encorajando a conservarem a orientação para solucionar os problemas. Desse modo, os indivíduos são incentivados a reconhecer as conexões existentes nas respostas de cognição, comportamento e humor, junto com suas consequências e, por fim, são incentivados a expandir os resultados da clínica para além dela (HILLER, 2000, p. 45-55).

Além dos benefícios da Terapia Cognitivo-Comportamental, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) sugere a aceitação de pensamentos e sentimentos e a identificação de contingências relacionadas a eles, permitindo as mudanças de comportamento que possam alterá-las.

A proposta primordial da ACT é levar o indivíduo a aceitar as sensações de ansiedade, entre outros eventos privados considerados como aversivos e se comprometer a mudar os comportamentos de esquiva de uma série de casos. Com isso, seriam alteradas as contingências realmente responsáveis pelas sensações aversivas (HAYES, 1987).

Desta forma, o autor acima afirma que Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) associa processos de aceitação e atenção a processos de compromissos e

mudanças de comportamento para o desenvolvimento de uma flexibilidade psicológica.

Nessa perspectiva, constatamos o problema: Como o psicólogo pode atuar frente ao paciente terminal estabelecendo um trabalho mais humanizado diante o sofrimento que a terminalidade pode causar?

Se o psicólogo exercer o seu papel profissional, pode minimizar o sofrimento ao acolher, ouvir e levá-los à reflexão;

O profissional de psicologia pode estar auxiliando os membros da família a permanecerem unidos através da aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental, proporcionando espaços para falar sobre a morte, sobre sentimentos ocultos, pois a falta de expressão destes indivíduos pode gerar sentimento de culpa e raiva.

A partir desta pesquisa, poderá perceber os aspectos emocionais do paciente e de sua família trazendo seus sentimentos de medo, anseios e estigma diante a terminalidade, compreendendo a importância que o psicólogo tem neste contexto, pois ele pode compreender este momento auxiliando-os diante a dificuldade e prestando uma escuta mais humanizada a estes e com isto trazer maior bem-estar ao familiar e seu ente enfermo.

Os ensejos que nortearam o desenvolvimento deste trabalho estão assentados na análise realizada por Castro (2001). Para a autora:

A importância de se consentir ter uma morte humanizada, sem incidir em processos demorados, resgata a dignidade deste indivíduo em seu momento final, auxiliando-o a enfrentar a morte. Toda a equipe médica tem sua função importante. Principalmente a psicologia por conhecer o ser humano na sua forma mais íntima. É indispensável à atuação do psicólogo, contribuindo para que o paciente, seu familiar e a equipe médica possam encontrar um maior equilíbrio da vida interior e um grau de adaptação à presente realidade. (CASTRO, 2001, p.44).

De acordo com BARBOZA (2017, p. 5), “O fim da vida pode cometer qualquer indivíduo, tal acometimento pode acarretar conflitos na vida deste indivíduo bem como de sua família trazendo variados tipos de pensamentos frente ao término de uma vida”. Diante isto se enfatiza a relevância deste trabalho, com o intuito de entender os aspectos emocionais deste paciente diante a péssima notícia do fim da vida, buscando ainda entender o papel do psicólogo frente ao cuidado com este paciente, focando-se em um cuidado mais humanizado para com estes.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever a importância da terapia de aceitação e comprometimento em pacientes terminais.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Conceituar Terapia de Aceitação e Comprometimento;

Mencionar os aspectos emocionais do paciente em estado terminal frente à seu diagnóstico;

Descrever o exercício profissional do Psicólogo no processo de tratamento do paciente terminal;

Enfatizar a importância da escuta psicológica diante dos cuidados com familiares de pacientes em estado terminais.

### **3 METODOLOGIA.**

Com a finalidade de analisar a temática proposta, o presente trabalho se pautou na investigação de publicações científicas nas bases de dado Google Acadêmico e Scientific Electronic Library Online (SciELO), além de materiais do acervo pessoal da acadêmica, da orientadora e da plataforma online da Biblioteca Julio Bordignon, configurando o modelo de pesquisa bibliográfica, que conforme Silva (1988) “permite obter referenciais teóricos para a construção da pesquisa através dos materiais publicados em livros, revistas, redes eletrônicas e materiais científicos acessíveis ao público em geral”.

O início da revisão deu-se através do seguinte questionamento: “Como os profissionais de psicologia pode atuar frente ao paciente terminal estabelecendo um trabalho mais humanizado diante o sofrimento que a terminalidade pode causar?”. Para responder a este questionamento, foi realizada uma revisão bibliográfica.

Foram coletados cerca de 90 materiais na forma de artigos, livros, revistas eletrônicas, monografias e dissertações, dos quais foram utilizados 57, sendo 10 em línguas estrangeiras, considerando que aqueles excluídos não contemplavam como um todo à proposta da pesquisa, abrindo discussões que fugissem dos objetivos elencados, ou traziam informações já encontradas de forma mais completa em outros materiais. A data das publicações não foi considerada como critério de inclusão e exclusão, visto que a pesquisa abordou o tema da Terapia de Aceitação e Comprometimento, a partir de recortes históricos, mesclando, dessa forma, tanto publicações clássicas já respaldadas na literatura científica, quanto a publicações mais recentes.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 TERMINALIDADE

Sabemos que o término da vida é um fato inevitável, porém a percepção de morte e do morrer tem passado por grandes mudanças no decorrer do tempo, evoluindo desde uma experiência tranquila até uma probabilidade de temor e angústia. De acordo com Eizirik et al (2001, p. 136), “a morte é caracterizada como a última fase do ciclo vital, onde representa o poder sobre o qual não temos nenhum controle, intangível, invisível, desconhecido e invencível”.

Segundo Gutierrez (2001), o conceito de paciente terminal é bem difícil de ser estabelecido, visto que há diferentes avaliações consensuais de profissionais diferentes sobre o que é um paciente terminal, sendo difícil identificar com mais precisão o que é a terminalidade.

No entanto Gutierrez (2001) acredita que a terminalidade é estabelecida quando a possibilidade de morte é algo inevitável, anulando as possibilidades de o paciente resgatar suas condições de saúde, caminhando para a morte, não havendo possibilidade de reverter tal quadro. Dessa forma, considera-se como paciente em estado terminal aquele indivíduo cujo estado de saúde está tão comprometido que não há mais tratamento que seja suficiente à recuperação de sua saúde e seu bem-estar.

DETHLEFSEN e DAHLKE (2007, p.59) ressaltam que, a doença faz parte da saúde da mesma forma que a morte faz parte da vida. O adulto já é preparado, pela própria vida, uns mais outros nem tanto, para a velhice, porém, raramente alguém é preparado para a morte.

Segundo Gutierrez (2001, p. 92), na terminalidade:

se esgotam todas as chances de resgate das condições de saúde do paciente e a probabilidade de morte próxima parece imprevisível e inevitável. O paciente se fica “irrecuperável” e caminha para o fim da vida, sem que se consiga evitar este caminhar (GUTIERREZ, 2001, p. 92).

Para Quintana et al., (2006) citado por Mendes, Lutosa e Andrade (2009) o paciente terminal na prática é visto como uma pessoa que terá uma morte inevitável, um indivíduo sem esperança de cura.



O título paciente terminal é, na maioria das vezes, usado de uma forma estereotipada com indivíduos que apresentam as doenças com prognósticos reservados, [...] O problema desse rótulo são as estigmatizações do paciente, que se vê inserido numa situação em que se diz: “não há mais nada o que possa fazer”, e em que o término da vida é iminente (BORGES, 2006, p. 21).

Um dos aspectos mais desgastantes é a dor, quando o paciente com diagnóstico terminal sente dor, é automático o profissional de saúde passar uma informação negativa, onde o paciente a sente, e acha que já é um aviso do fim.

TORRES (2000) relata que no processo do término da vida deve ser levado em conta não a quantidade de vida que ainda resta à pessoa, e sim, a qualidade dela. Pois uma das realidades mais complicadas que os profissionais da saúde se deparam, é que, apesar de se esforçarem ao máximo, alguns pacientes morrerão.

Mesmo que não seja possível mudar esse fato, é possível ter um resultado duradouro e significativo sobre a forma pela qual o sujeito viverá até o momento da morte, o modo pelo qual a morte acontece e as lembranças que ficam da morte para os familiares. A educação, a pesquisa e a prática clínica sobre os cuidados em fase terminal estão evoluindo, e a necessidade de capacitar profissionais da saúde para os cuidados ao paciente em fase terminal surgem como uma prioridade (PESSINI, 1996, p. 31).

O sofrimento acomete o paciente em estado terminal, assim como o das pessoas que o rodeiam. Este paciente necessita compreender que sua vida ainda não terminou na ocasião da notícia, que ele ainda terá planos a realizar. Desse modo, devem oferecer a esse paciente, cuidados que proporcionam uma melhor qualidade de vida enquanto se aproxima da temida morte, ou seja, os cuidados paliativos que são disponibilizados pela equipe multidisciplinar, e assim, não são mais os cuidados curativos.

#### 4.2 TIPOS DE DOENÇAS TERMINAIS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) citado por Soares (2016) são mais de 50 milhões de pessoas que falecem anualmente no mundo. Número esse que é maior que toda a população do estado de São Paulo. Calcular esse número pode parecer algo um tanto mórbido, porém, segundo a OMS, identificar quantas pessoas morrem por ano e os motivos destas fatalidades é essencial para identificar os problemas e implementar políticas públicas de saúde mais ativas.

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em novembro de 2018 aponta as cinco Doenças que mais matam no Brasil. Os dados do Ministério da Saúde (OMS) mostraram ainda que o perfil nacional de morte se modificou nos últimos anos. Durante o período da década de 30, as doenças parasitárias e infecciosas foram as responsáveis pelo maior número de morte no país (eram em média 46%), no entanto, hoje esse cenário modificou.

Na atualidade, as cinco doenças que mais matam no Brasil de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) estão relacionadas ao estilo de vida da contemporaneidade, que são: sedentarismo, agitação dos grandes centros, má alimentação, estresse, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e tabacos, entre outros. Além do estilo errado de vida, a falta de precaução e também o uso sem orientações médicas de medicamentos farmacêuticos faz com que pioram ainda mais a saúde dos brasileiros.

De acordo com Soares (2016) no ranking das doenças terminais as Doenças do Coração e Aparelho Circulatório vem em primeiro lugar. Mais de 340 mil mortes por ano estão correlacionadas às doenças do aparelho de circulação. Ainda estão inclusas neste, as doenças isquêmicas (em média 108 mil mortes), as doenças cerebrovasculares (registram um número maior que 99 mil mortes), o infarto agudo do miocárdio (em média 88 mil mortes) e as doenças causadas por hipertensões (esta representa cerca de 46 mil mortes).

O câncer vem em segundo, fazendo de vítimas cerca de 200 mil brasileiros por ano. Os cânceres que são mais comuns estão na ordem: Câncer na traqueia, brônquios e nos pulmões. Câncer no cólon, no reto e no ânus. Câncer de mama e de estômago. Em terceiro vem a Pneumonia e outras Doenças Respiratórias, sendo que a Pneumonia está entre as doenças respiratórias que são mais fatais. Já se registraram um total de 139 mil fatalidades relacionadas a doenças respiratórias em um período anual, sendo que destes, quase 80 mil foram ocasionadas pela pneumonia.

Em quarto está o Diabetes e outras Doenças Nutricionais, Metabólicas e Endócrinas. São em média 74 mil pessoas que morrem no Brasil por ano por terem esses tipos de doenças. Já o quinto está as Doenças do Fígado e do Aparelho Digestivo. Essas são responsáveis por média de 63 mil mortes ao ano no Brasil, de acordo com o Sistema de Informação sobre as taxas Mortalidade do Ministério da Saúde.



Figura 1 – Taxa de mortalidade ao ano das 5 doenças que mais matam no Brasil.

#### 4.3 REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

São muitas as dificuldades que os profissionais de saúde encontram no momento de informar o diagnóstico da doença ao enfermo. O médico nem sempre sabe como proceder, fica inseguro e preocupado diante da reação que o paciente irá ter. Certamente o responsável encarregado de dar a notícia deverá estar bem preparado e ter muita cautela, pois a forma como a notícia chegará a este paciente, pode gerar ambivalências de sentimentos e angústias ao paciente, uma vez que irá se deparar com a morte iminente a qual virá a causar limitações, rupturas e privações. A notícia do diagnóstico de terminalidade pode ser dita de diferentes maneiras, porém o paciente finge não saber que há uma doença, percebe que há algo errado, como mudanças em sua família, em seu médico, um olhar diferente para si, melhor dizendo, um olhar de piedade, ele percebe as pessoas a sua volta mais emotiva.

OLIVEIRA, SANTOS e MASTROPIETRO (2010) acredita que o contato inicial do paciente gera um choque seguido de um inconformismo diante esta informação. Além disso, o paciente poderá passar por momentos de agressividade e hostilidade podendo ser direcionada ao meio, Deus, família e a equipe médica, se sentindo inútil com a possibilidade de perder a integridade física sem poder fazer nada para reverter o diagnóstico.

No entanto quando o médico explica sobre o diagnóstico da doença de forma empática e clara, o paciente passa a perceber que não está sozinho,

sentindo-se mais seguro. Acredita que seu médico estará ao seu lado para enfrentar esta doença e o ajudará, crendo que não é um diagnóstico que atrapalhará sua vida e que trará um possível tratamento o qual ele será submetido.

Ao receber a notícia da doença terminal ou do tempo que lhe resta de vida, o paciente geralmente passa por cinco estágios de reações à morte e ao morrer de acordo com KÜBLER-ROSS (1996).

Dentre os estágios apresentados, o primeiro é o da **negação**. Este trata da reação primária dos pacientes ao receberem a notícia, seja pela família ou pelo médico, acerca de sua doença terminal. Este mecanismo de reação é tipificado em frases e pensamentos tais como “isso não pode ser real, não é possível estar acontecendo comigo”, ou seja, simplesmente se recusa a aceitar o fato. Essa primeira reação de negação pode durar alguns segundos e até mesmo muitos meses (KÜBLER-ROSS, 1996).

Ainda que demore mais em alguns casos, ou que seja ausente em outros, o sentimento de negação passa a dar lugar ao segundo estágio: a **raiva**. Esta diz respeito à explosão de sentimentos frente à impossibilidade de negar o fato. A raiva pode persistir por prolongado tempo do tratamento do indivíduo e se expressa nas mais diversas situações (KÜBLER-ROSS, 1996).

Como citado, o sentimento de raiva do paciente é causado pela interrupção de atividades que tinha em mente como sonhos que desejava realizar, construções começadas que não irá conseguir acabar, objetivos que almejava realizar, muitos desse sentimento de raiva é direcionado aos enfermeiros, médicos ou a própria família e amigos.

KÜBLER-ROSS (1996), ressalva que o terceiro estágio ainda é um pouco menos conhecido, portanto igualmente útil ao paciente, mesmo que por tempo muito curto, a **barganha**: este acontece em razão dos pacientes manterem, até o fim, algum grau de esperança, em meio à raiva pode vir acontecer um episódio ou uma atitude desesperada de esperança.

Quanto ao quarto estágio de reação, a **depressão**, seu tempo de duração é muito variável e, muitas vezes bem longo. Ainda que o próprio nome já possa sugerir uma forma realista de enfrentar o fato, esse estágio diz respeito a um desinvestimento libidinal, do tipo: Vou morrer mesmo, então por que vou me preocupar? Este estágio pode se tornar perigoso tanto para o paciente, quanto para a família do mesmo, vez que os estados psicológicos negativos podem começar

afetar gradativamente a resposta biológica à enfermidade e assim acelerando-a (KÜBLER-ROSS, 1996).

Após a depressão o paciente sente-se inútil, sente uma tristeza, porém, quando este toma consciência de seu diagnóstico e consegue se estabilizar emocionalmente vem à fase da aceitação, dignidade e paz, onde este encara a sua realidade com mais enfrentamento, altera sua postura de luta consideravelmente frente à doença e passando-se para a postura de luto frente ao seu diagnóstico (DOMINGUES et al., 2013).

E por fim, o último estágio identificado por Kübler-ROSS (1996): a **Aceitação**. Muitos poderiam afirmar que a depressão é um tipo de aceitação, o que não é procedente, pois é a aceitação que se apresenta de forma mais positiva, ou seja, um método de resignação frente à morte. Pois enquanto a depressão está mais voltada à apatia, a aceitação aponta para o paciente se conscientizar de uma forma que começa a se preparar para si, bem como ajudar seus familiares também a fazer o mesmo.

MENDES; LUTOSA e ANDRADE (2009) deixam bem claro que o estágio de aceitação, no entanto, não se trata de um momento de felicidade, mas sim traz a sensação de que a dor desaparecesse, como se a luta estivesse finalizada, e teria chegado a hora de descansar e aceitar a enfermidade. Os mesmos autores citados acima acreditam que a esperança persiste em todos os estágios, é a qual ampara psicologicamente o paciente durante os dias, semanas ou até mesmo os meses, esta esperança traz a sensação de que isto que ele está passando deve ter um sentido, sentindo que possa compensar essa doença.

E ainda completam que o paciente cria a esperança em busca de que isto que ele está vivendo não passe de um pesadelo fictício, que ele acorde com a notícia de que os médicos tentaram um medicamento novo o qual promete ser promissor. Desta forma a esperança traz ao paciente um certo ânimo o qual o ajudará a suportar o sofrimento que o tratamento pode trazer (MENDES; LUTOSA; ANDRADE, 2009).

Vale ressaltar que os sentimentos e as fases psicológicas do paciente diante da doença terminal variam de paciente para paciente, deve-se considerar a individualidade subjetiva, é natural que o paciente tenha esperança em quaisquer situações, mesmo que racionalmente esta esperança não exista mais, ele a inventará.

Segundo Kovács (2010) o atributo de paciente terminal, condena o indivíduo. Do modo de visão psicossocial, o conceito de terminalidade pode estigmatizar o paciente ao abandono, pelo fato de que não há mais nada a se fazer, levando à neutralização do sofrimento, já que a morte se aproxima. Algumas doenças degenerativas e graves como a AIDS e o câncer são classificadas como doenças terminais. Apesar da gravidade deste tipo de enfermidade, e da importância das avaliações clínicas preventivas, é comum que muitos pacientes descubram o padecimento dessas doenças em estado avançado.

Diante disso, é importante esclarecer a importância da família, uma vez que esta é a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e a primeira a sentir a crise da existência de uma doença. Pois é a família que contribui para a transmissão de valores éticos, culturais, sociais e cívicos, bem como para o desenvolvimento, socialização e construção da personalidade dos indivíduos.

## **5 A IMPORTÂNCIA DO APOIO FAMILIAR E TERAPÊUTICO PARA O PACIENTE TERMINAL**

A família é caracterizada como o primeiro núcleo de socialização e interação do ser humano. É nela que, são constituídos os vínculos mais intensos que perduram durante vida toda, tornando a doença de um de seus membros um fato que produz alterações psicossociais e sofrimentos em todo o núcleo. E quando a enfermidade chega a uma fase onde não existem mais possibilidades terapêuticas, dúvidas e receios tomam de conta da pessoa enferma e de todos seus familiares.

No entanto, a família do paciente em estado terminal se encarrega de um papel essencial para o mesmo, pois é no seio da família que ele busca consolo, palavras de esperança e colo para o aconchego. Porém os familiares do doente têm reações idênticas às do seu ente querido ao receber o diagnóstico. Eles entram em sofrimento pela possível perda. O sentimento de perda é imenso, provoca muita ansiedade, desespero e desequilíbrio emocional.

De acordo com o INCA-Instituto Nacional do Câncer (2010) do mesmo modo que ocorre com o paciente diagnosticado, sua família também sofre ao receber a notícia, pois em funções das inseguranças e dúvidas advindas desse diagnóstico. O conhecimento prévio, os valores, a história da família e as suas perspectivas em

torno do tratamento podem intervir no modo de lidar com a doença e nos cuidados para com o familiar enfermo.

O sofrimento humano e o sofrimento psicológico começam pela fuga da dor física ou de outra estimulação aversiva incondicional, ampliando-se através do condicionamento respondente e operante, como apontam os estudos, tornam-se mais complexo e ampliado de modo especial em efeito de processos verbais (CONTE, 2010, p. 388).

A família ou cuidador do paciente tem um papel importante neste processo de terminalidade, segundo Oliveira et al. (2005) apud Medeiros e Lustosa (2011) a família necessita de uma atenção especial no momento da notícia, visto que este momento tem impacto sobre os familiares, os quais podem vir a sofrer psicologicamente mais que o próprio paciente, isto dependendo da intensidade de seus aspectos emocionais, após a descoberta estes familiares acreditam ver seu mundo desabar, portanto este período é considerado um momento difícil.

Dar a notícia do diagnóstico é algo complicado, normalmente este pode ocasionar implicações direta ou indireta na vida destes familiares, podendo trazer negativas alterações em suas vidas, diante isto, os familiares classificam a notícia como desagradável em seu contexto, a notícia do diagnóstico pode ainda trazer patologias ao familiar, patologias consideradas não tão dramáticas, mas, podendo ser traumatizantes para este (LINO et al., 2011 apud MEDEIROS e LUSTOSA, 2011).

Ao descobrir que o diagnóstico é totalmente fatal, e que seu ente querido terá uma morte iminente o familiar se culpa, imaginando o que poderia ter feito para que seu ente querido não estivesse nesta situação, este sentimento de culpa costuma ser um dos mais dolorosos.

Segundo Camon (1999) a participação dos familiares influencia o estado do enfermo, podendo motivar aspectos de recusa ou aceitação perante o tratamento e a própria doença. Corroborando com a perspectiva do grande valor da presença do familiar junto ao paciente, Pregnotatto e Agostinho (2003) consideram que a presença do familiar junto ao paciente em estado terminal transmite segurança para o paciente, facilitando assim sua compreensão sobre a sua doença e as consequências desta, além de servir como ponte entre a vida externa e o estado de doença em que se encontra. A forma de enfrentamento dos familiares, diante da perspectiva do fim da vida do paciente é moldado através do modo de crenças da

família que, por sua vez, são formatados por suas experiências de perda e luto até então vivenciados.

SCHMIDT, GABARRA e GONÇALVES (2011) relatam que a necessidade de presença e apoio familiar é decorrente da separação e angústia. A ameaça de separação com os membros parentais provocam, em longo prazo, ansiedades que instigam o paciente ao impulso de apegar-se a familiares. Nessa perspectiva, o núcleo familiar diante de situações de doença terminal enfrenta um rearranjo, sendo que, através desta reorganização começam a construir uma nova identidade na tentativa de se manterem em equilíbrio emocional.

Cerqueira (2005) cita que a família numa situação de doença rompe com toda uma dinâmica e vida anterior à mesma, ocorrendo uma difícil adaptação à nova situação social, familiar, econômica e espiritual, o que implica um processo de reajustamento da sua estrutura, papéis, padrões de comunicações e relações afetivas entre os seus membros. Dessa forma, para que o familiar se restabeleça suas forças e façam os cuidados paliativos juntamente com seus entes queridos, é necessário que estejam com informações suficientes sobre sua doença e seu prognóstico, que tenham recebidos orientações específicas e apoio, pois essas medidas de orientações realizadas por uma equipe especializada ajudam os familiares a diminuir a ansiedade e criar atmosfera de segurança e confiança.

Pois como relata Barbosa, et al (2015) o familiar ou cuidador que desempenha diariamente os cuidados com seu ente querido que está doente, poderá desenvolver patologias como ansiedade, depressão e estresse caso ele também não receba um apoio especial.

SALES e D'ARTIBALE (2011) deixam bem claro que a família precisa receber apoio durante todo o período de acompanhamento ao paciente, incluindo inclusive a morte e o processo de luto. O olhar direcionado para as famílias do paciente em estado terminal precisa ser considerado também como forma de humanização para o tratamento, pois através desse suporte à saúde mental do núcleo que é garantido a qualidade de vida de seus membros.

Segundo Moreira e Torres (2013) é preciso que o psicólogo tenha a capacidade de compreender o outro, perceber e senti-lo, sentir o que o paciente sente, e sentir como se vivessem a experiência do paciente, dando-o escuta sem quaisquer julgamentos.



PORTO e LUSTOSA (2010) salientam que os cuidados paliativos devem ser pautados na empatia, pois a questão da saúde hoje em dia é composta por tecnologias e modernidade que tentam promover a cura, porém, estas não trazem ao paciente a afetividade para com ele, o amor, a empatia, calor humano e consolo diante o sofrimento que este paciente está passando, desta forma o psicólogo precisa exercer seu papel diante do sofrimento do indivíduo, transmitindo assim a empatia para a relação.

### 5.1 PAPEL DO PSICÓLOGO DIANTE DO PACIENTE EM ESTADO TERMINAL

FIGUEIREDO e BIFULCO (2008) apud Porto e Lustosa (2010) citam que o papel do psicólogo é ajudar esse paciente a ver o valor e significado da vida, dando condições para que ele lide com o momento redescobindo o sentido da vida, trazendo cuidados que o acolha, acarinhe e dê condições físicas, mentais, espirituais e sociais preservando a autonomia funcional do paciente.

O Terapeuta Cognitivo-Comportamental irá compreender como o paciente pensa e reage diante das situações, irá verificar as distorções cognitivas, bem como os pensamentos e crenças disfuncionais que aumentam os sintomas negativos, dificultando assim o processo do tratamento. E quando há alguma melhora no tratamento pode ocorrer à flexibilização nas crenças que perpassam a dor e diminui os pensamentos automáticos disfuncionais. Assim ocorre um aumento da autoestima, deixando-o mais ativo, e conseqüentemente, sabendo lidar melhor quando estiver com dores.

Dessa forma, cabe então ao psicólogo ter empatia e compreender o paciente ouvindo suas palavras e silêncios, ajudando-o a superar este momento frente a sua morte lidando com suas angustias e sofrimento. Pois o paciente necessita da escuta, necessita do psicólogo, ou seja, alguém que esteja com ele na dor, sanando suas dúvidas, ouvindo suas angústias e anseios e por fim que sua esperança seja ouvida e acolhida.

Frente a esta questão, Rogers traz a proposta de consideração positiva incondicional a qual se trata de aceitar o outro como ele é, permitindo que expresse qualquer sentimento, apreciando-o em sua totalidade, não estabelecendo comparações ou julgamentos, desta forma cabe ao psicólogo ter essa consideração

para com o outro, prestando escuta sem julga-lo, respeitando-o e entendendo suas questões (ALMEIDA, 2009).

Deve-se haver uma relação entre paciente e psicólogo onde possa existir a aceitação positiva incondicional, diante este calor da aceitação e ausência de pressão e repressão, permite que o paciente venha a expressar seus sentimentos problemas e atitudes frente ao momento que está passando (Rogers, 1942, p.108 apud Almeida, 2009).

Diante disso é preciso humanizar o processo com o paciente terminal, pois o mesmo precisa expressar toda a sua dor, ele precisa falar, e precisa de alguém para ouvir, precisa ainda que o outro além de ouvir compreenda o que ele expressar, isto é humanizar o procedimento em torno à terminalidade.

## **6 TÉCNICAS COMPORTAMENTAIS**

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi desenvolvida por Aaron Beck na década de 60. Ela é uma abordagem teórica da psicologia, objetiva, diretiva, orientada ao presente, estruturada, colaborativa, a qual visa o empenho do paciente. É uma abordagem que avalia os fatores biopsicossociais para entender melhor o indivíduo (PEREIRA, PENIDO, 2010).

Para Beck (1997 apud PERON; SARTES, 2015), a TCC, vem do pressuposto do qual cada indivíduo assimila uma situação de modo diferente, então, o que um indivíduo pensa e interpreta, passa influenciar em suas emoções e, por conseguinte no seu comportamento.

Já Knaap (2004) relata que a TCC busca modificar os pensamentos que são automáticos e disfuncionais, crenças intermediárias e as crenças centrais. Os pensamentos automáticos surgem a todo instante, são involuntários e incontroláveis, e também podem surgir como imagens. Tais pensamentos influenciam diretamente no humor e conseqüentemente nos comportamentos.

Essa terapia é caracterizada pelo fato ser uma abordagem que tende à participação ativa entre terapeuta e paciente. O seu foco principal está em como os problemas intervêm no funcionamento de cada um, ajudando assim a entender tais problemas.

Espelha-se no Modelo Cognitivo e na utilização de técnicas cognitivas e comportamentais, que visam à alteração dos padrões de pensamentos e fés disfuncionais que causam sofrimento emocional e os distúrbios psicológicos no paciente. Baseia-se no pressuposto de que as emoções, reações fisiológicas e comportamentos estão diretamente interligados à forma como o enfermo avalia suas experiências no mundo (BECK, 1997, p. 35).

A TCC busca auxiliar a pessoa a se adaptar a estas situações que está encarando, auxiliando na compreensão e suporte emocional do mesmo, contribuindo com estratégias de enfrentamento apropriadas às necessidades individuais de cada paciente. Os autores Knapp e Isolan (2005) descrevem a Terapia Cognitivo-Comportamental como:

É uma terapia breve, porem estruturada e orientada para as soluções de problemas, que envolve a contribuição ativa entre o paciente e o terapeuta para alcançar os objetivos propostos. A terapia é mais utilizada no formato individualizada, embora técnicas de grupo tenham sido testadas e aprovadas (KNAPP & ISOLAN, 2005).

Desse modo, a TCC por ser breve, estruturada e focal, tem uma importante contribuição para o alívio dos sintomas gerados pela notícia da morte, mostrando-se efetiva nos dois lados apresentados: O paciente que recebe a notícia de sua morte, e dos familiares que terá que aprender a lidar com a perda de um ente querido.

Após a avaliação geral do paciente, são incluídas no tratamento do paciente, algumas técnicas cognitivo-comportamentais que são voltadas para os Cuidados Paliativos, tais como: Técnica de Treino Assertivo e de Habilidade Social; Técnica de Psicoeducação; Técnicas de aquisição de estratégias para alívio dos estados de tensão e ansiedade e Técnicas de Reestruturação Cognitiva.

➤ Técnica de Treino Assertivo e de Habilidade Social: essa estimula o indivíduo a expressar suas emoções negativas ou positivas com domínio pessoal. A Técnica de Habilidade Social encoraja o paciente a participar sempre que possível das atividades sociais, sendo elas: ida a igrejas, passeio em shoppings, sociais entre amigos e família, mesmo com suas limitações (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2008).

➤ Técnica de Psicoeducação: esta técnica se relaciona com os instrumentos pedagógicos e psicológicos tendo como objetivo ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia psíquica ou física, assim como também sobre seu

tratamento. Sendo possível assim, desenvolver um trabalho de conscientização e de prevenção.

O terapeuta faz algumas explicações e as acompanha com perguntas que causem o envolvimento do indivíduo no processo de aprendizagem, podendo ainda utilizar de outras ferramentas para ajudar na promoção da psicoeducação, como questionários de avaliação, leituras de textos e programas de computador (WRIGHT, BASCO e THASE, 2008).

Dessa forma, na TCC, a Psicoeducação usa métodos que ressaltam as experiências do ensino nas sessões, usando as situações da vida do paciente como exemplo para ilustrar os conceitos.

➤ Técnicas de aquisição de estratégias para o alívio dos estados de tensão e ansiedade: essas técnicas são utilizadas na finalidade de fazer com que o indivíduo aprenda a ter um controle maior das respostas fisiológicas advindas da ansiedade.

➤ Reestruturação Cognitiva: segundo SUDAK (2008) essa técnica permite que o indivíduo identifique seus pensamentos que comprometem seu humor e o seu estado físico, ela permite que o mesmo faça a correção dos erros, e assim como rever suas crenças disfuncionais diante da sua doença.

Flores (2012) relata que a intervenção feita em grupos também é de grande valia, para aqueles pacientes que ainda têm condições físicas de poderem estar presentes e principalmente que estejam conscientes, proporcionando um espaço de troca de experiências, acolhimento e aprendizado.

Dessa forma pode-se notar então que a TCC não tem como finalidade acabar com a dor, ou qualquer outro tipo de transtorno, mas sim, minimizar alguns aspectos, como, controle dos sintomas, modificação do significado da dor, ansiedade e a depressão, desenvolvimento da autoconfiança, autoestima, resiliência e diminuição do uso de remédios. Outra técnica muito importante é a Terapia de Aceitação e Comprometimento (ACT).

## 6.1 TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMETIMENTO (ACT) NO TRATAMENTO DE PACIENTES TERMINAIS

A ACT foi fundada, em 1987, pelo norte-americano Steven Hayes e colaboradores e, que historicamente, vem sendo incluída no rol das Terapias Cognitivas e Comportamentais que são chamadas terceira geração (SABAN, 2011).

EYSENCK (1994) explica que o movimento da terapia cognitivo-comportamental se desenvolveu em três ondas. A primeira delas foi predominantemente comportamentalista. As primeiras aplicações da Psicologia comportamental para o tratamento de transtornos e desvios do comportamento foram nos idos de 1950. A modificação do comportamento já era feita com base em uma análise de contingências nas quais o sujeito estava envolvido e das quais seus comportamentos eram função, ou seja, já era operada por um sistema de recompensas.

A primeira onda recebeu críticas. As principais são as de que a terapia comportamental era ofensiva à liberdade pessoal do homem, que era uma psicoterapia superficial e que só atenderia problemas simples, ou seja, desqualificava o ser humano e a problemática que ele apresentava, além de não contemplar a complexidade das ditas funções mentais superiores e da linguagem.

Segunda onda se caracteriza pela revolução cognitivista que marcou os anos 60. Há uma abordagem mais racionalista, onde se elucida a reestruturação cognitiva (crenças) e a terapia cognitivo-comportamental se torna forte, sobre um paradigma mediacional. A terapia racionalista foi proposta por Beck (1976) e Ellis (1961), o paradigma dessa terapia é o seguinte:

A -> B -> C, sendo

A = Ambiente

B = Crenças

C = Comportamentos, sentimentos, etc.

Segundo eles, o modo como o ser humano pensa é que determina como ele se comporta. E, entretanto, a terapia cognitivo-comportamental, assim como a terapia comportamental pura, procura ser uma teoria científica.

E a terceira onda são as chamadas terapias contextualistas. Isso implica que a terapia depende de contextos. Entre elas destacam-se a **ACT**, a **FAP** e a **DBT**:

**ACT**: Terapia de Aceitação e Compromisso tem como objetivo criar flexibilidade psicológica, ou seja, aceitar eventos privados que são desagradáveis para manter ações que são importantes e valorizadas pelo indivíduo para que ele tenha uma vida mais significativa.

**FAP**: Psicoterapia Analítica Funcional que tem como base consciência, coragem, amor e Behaviorismo. O foco principal da FAP é a relação terapêutica,

onde são valorizadas as contingências da sessão, onde ocorre a modelagem de comportamentos em sessão e o reforçamento natural de comportamentos assertivos apresentados pelo cliente.

DBT: Terapia Comportamental Dialética, essa é uma terapia desenvolvida para o tratamento do transtorno Borderline, que é considerado como uma vulnerabilidade em relação ao ambiente invalidante que o sujeito está inserido. O tratamento se dá através da orientação e compromisso por parte dos envolvidos e muitas estratégias de tratamento podem ser paradoxos, metáforas, a confrontação para conseguir a extinção de padrões rígidos de comportamento, buscando a validação, a análise comportamental, a solução de problemas.

Segundo Zettle (2005, p. 78) a trajetória da ACT é dividida em três períodos:

No primeiro período, acontecido entre as décadas de 70 e 80 do século anterior, a ACT foi conhecida como o distanciamento compreensivo, apontando uma extensão e elaboração das terapias cognitivas. O seu desenvolvimento foi gerado pela “sensação de que o papel que o comportamento verbal e a linguagem desempenhavam na iniciação, manutenção e tratamento do comportamento anormal” era fundamental para uma clínica comportamental ser mais efetiva, induzindo à aplicação dos princípios do comportamento verbal a outras abordagens clínicas. Já o segundo período da ACT aconteceu entre os anos de 1985 e 1999, quando foi criada a teoria dos quadros relacionais, um aspecto comportamental pós-skinneriano da cognição e das linguagens humanas. Também nesse período, o nome distanciamento compreensivo foi trocado por terapia de aceitação e compromisso. Esta mudança visou distinguir a ACT do cognitivismo – o termo distanciamento foi pego emprestado da teoria de Aaron Beck – e da conotação dissociativa de seu nome original. E por fim a terceira e derradeira onda compreende o período entre o ano de 2000 e o presente momento. O marco que deu início a essa fase de disseminação foi à publicação do livro “Terapia de Aceitação e Compromisso: Uma Abordagem Experiencial à Mudança do Comportamento”. A partir de então, a ACT vem sendo investigada e conhecida como uma abordagem contextualizada. Até o ano de 2012, a produção científica sobre ACT somava mais de 60 livros, publicados em pelo menos 10 línguas, e pelo menos 63 pesquisas clínicas aleatorizadas incluindo diversos temas, como manejo da diabetes, preconceito, ansiedade, enfrentamento do câncer, desempenho esportivo e transtorno de personalidade borderline (ZETTLE, 2005, p. 78).

Segundo Hayes (2011) “a ACT indica um modelo integrado de mudança do comportamento. É utilizado um conjunto de princípios unificados para explicar todo o funcionamento do ser humano, do comportamento saudável à psicopatologia”. São por meio destes princípios que a ACT visa flexibilizar o papel dos processos cognitivos e aumentar o contato com as consequências presentes dos comportamentos guiados por uma vida com mais valores.

Hayes et al. (2006) relata que “o modelo unificado de mudança da ACT é chamado de flexibilidade psicológica. Este construto se resume a capacidade de estar em contato com o presente momento e manter ou mudar de comportamento em função dos valores optados”.

A inflexibilidade psicológica ou construto inverso distingue o comportamento controlado principalmente pelo modo de expressar e pouco orientado pelos valores. Esses procedimentos complementares explicam tanto o comportamento funcional como o disfuncional; por isso, o modelo da Terapia de Aceitação e Compromisso é considerado um modelo de saúde mental e psicopatológica.

Hayes (2011) também ressalva que “a flexibilidade é o resultado da interação entre seis processos psicológicos normais, e que para cada um deles, tem um processo inverso que causa inflexibilidade, favorecendo o início e a manutenção da psicopatologia”. Como mostra a Figura 2.

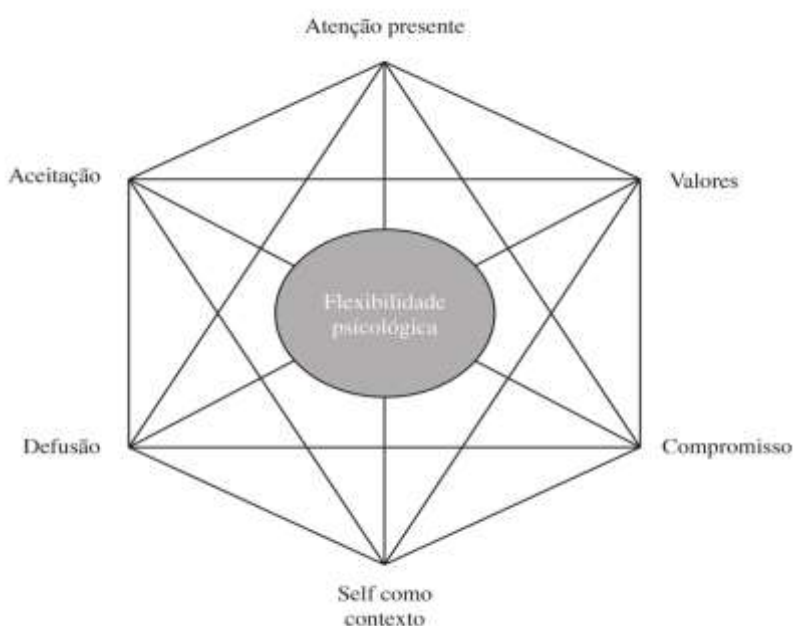


Figura 2. Componentes do Modelo de Flexibilidade Psicológica

Törneke, et al. (2016) definem a flexibilidade psicológica como uma habilidade do indivíduo de responder à sua própria resposta enquanto participa de uma moldura de hierarquia.

Este tipo de resposta é na maioria das vezes acompanhado de uma redução do controle dos estímulos exercidos pela resposta em ponto, deixando que ocorram as respostas relacionais que especifiquem as funções apetitivas de augmental, como também outros comportamentos que participam de molduras de coordenação com esse método de responder relacional. De forma mais clara, pode-se dizer que a flexibilidade psicológica é a habilidade de entender e reagir ao seu próprio comportamento de modo que seja possível agir em direção aos fins importantes. São as possibilidades de não precisar fugir dos eventos privados aversivos, sendo possível enato que o sujeito possa perceber o que está sentindo e pensando, e que possa ter a escolha e o curso de ação que o aproximará do que é realmente importante para ele (TÖRNEKE et al., 2016).

A ACT (Acceptance and Commitment Therapy) é uma modalidade de terapia cognitivo-comportamental que esclarece o funcionamento do ser humano através da flexibilidade psicológica dos indivíduos. Ela é compreendida como a capacidade que o sujeito tem em sentir integralmente o momento atual, mantendo ou modificando seu comportamento, de acordo com os valores escolhidos por ele. Quando o indivíduo vivencia uma situação complicada, seus valores poderão ser colocados em segundo plano, causando a inflexibilidade psicológica. “Nela, as ações são conduzidas pela linguagem, o que faz gerar um comportamento disfuncional. Neste caso, o indivíduo não consegue agir de modo flexível no que tange a emoções, pensamentos e sensações consideradas negativas” (BARBOSA & MURTA, 2014).

Desse modo, a ACT é integrante do grupo das conhecidas como terapias cognitivo-comportamentais (TCCs), a mesma tem sido avaliada como uma proposta terapêutica promissora. A abordagem clínica da ACT, resultante de princípios do comportamento, exhibe como conceito principal a flexibilidade psicológica, a qual é bem-conceituada como “a capacidade de entrar em contato com o momento atual e as experiências internas e, persistir ou modificar a busca por objetivos e valores pessoais” (BARBOSA & MURTA, 2014).

O descobrimento do padecimento de doenças graves ou terminais provocam um grande sofrimento, que muitas vezes o paciente não consegue externalizar. E ao aplicar as técnicas da ACT, o resultado poderá levar ao bem-estar no corpo, ao alívio de dores, à calma, à redução dos efeitos colaterais de medicamentos, a um novo sentido da morte que terá reflexos não só no paciente como também nos familiares que estão nos cuidados diários.



Entre os problemas clínicos identificados pela ACT, Saban, (2011) destaca os que são relacionados ao contexto de controle, de avaliação, de literalidade e o de dar razões. O primeiro acontece quando os eventos privados são interpretados como terminantes e não como reações emocionais fluidas, ou seja, as que surgem e passam. Já o segundo problema identificado, diz respeito às tentativas de evitar os eventos privados, na qual se mostra impotente principalmente em longo prazo. O conjunto de avaliação implica em qualificar os eventos privados, os julgando como bons ou ruins, e de dar razões se fazer referência à atribuição de motivos aos eventos privados para o esclarecimento dos comportamentos.

A fim de saber lidar com essas demandas, a ACT propõe então três pilares: a aceitação, a escolha e a ação. A partir da aceitação, espera-se então que o paciente seja capaz de entender os eventos privados com naturalidade da vida humana e se tornar a resistência e o controle a eles. À forma que o indivíduo passa a realizar as escolhas fundamentadas no momento presente e coerentes com os objetivos e valores previamente estabelecidos, poderá então experimentar uma relação mais direta com o mundo e direcionar uma ação mais comprometida com as mudanças (HAYES, 2004, p. 639).

A ACT recomenda a aceitação de pensamentos e sentimentos e a identificação de contingências que são relacionadas a eles, possibilitando as mudanças comportamentais que possam alterá-las.

A proposta primordial da ACT é levar o indivíduo a aceitar as sensações de ansiedade, entre outros eventos privados que são considerados aversivos e se comprometer a mudar os comportamentos de esquiva de uma série de situações. Assim, seriam modificadas as contingências que são responsáveis pelas sensações aversivas (HAYES, 1987, p. 327).

Desse modo, o autor acima afirma que ACT associa os processos de aceitação e atenção à processos de compromisso e mudanças de comportamento para o desenvolvimento de uma flexibilidade psicológica. Ela tem como função mudar os pensamentos que são disfuncionais e os sistemas de significados, além de uma transformação emocional e comportamental longa ao indivíduo. “Desse modo, proporcionando a ele a autonomia, e alcançando, então, o alívio dos sintomas” (BECK, 1997, p. 86).

Dessa forma, através da ACT, é possível conhecer os sentimentos e as reações dos familiares de pacientes que recebem o diagnóstico, como também as estratégias que são utilizadas para lidar com a situação e como ela podem estar

Contribuindo para o desenvolvimento de práticas clínicas que diminuam o sofrimento de ambos.

O apoio à família através de atendimentos especializados é de suma importância, pois uma família feliz aumenta as probabilidades de o enfermo estar contente. Além da ACT, pode aplicar algumas técnicas TCC aos pacientes e também às famílias dos mesmos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se observar em grande parte dos artigos encontrados, que os autores descrevem a eficácia da Terapia de Aceitação e Comprometimento-TCC no tratamento dos cuidados paliativos, pois ela tem como objetivo transformar, a forma como o paciente pensa, sente e age diante do seu diagnóstico e hospitalização, com a intenção de diminuir seu sofrimento, ainda que esteja em estado terminal (CASTRO; BARROSO, 2012).

Outros autores advertem não encontrar tantas evidências de que a ACT seja a mais eficaz no tratamento de cuidados paliativos, já que esses pacientes lidam com medos reais, mas que pode aplicar no tratamento de sintomas de ansiedades, depressões e em métodos de melhorar a qualidade de vida dos mesmos. (NEWELL et al., 2002 *apud* GREER et al., 2011).

Através dos resultados encontrados, mesmo que ainda não haja muitos estudos nessa temática, foi possível constatar que existem estratégias cognitivas e comportamentais que auxiliam no tratamento de pacientes em cuidados paliativos. As técnicas que mais são utilizadas encontradas nos artigos foram: a avaliação geral do paciente, acolhimento, técnica de treino assertivo e de habilidades sociais, a psicoeducação, reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento, técnicas para alívio de tensão, ansiedade e as técnicas de distração e imaginação dirigida.

Foi possível notar que as intervenções com pacientes em estado terminal geralmente acontecem de forma individual, pois é preciso levar em conta a disposição, as condições físicas e psicológicas, e as dificuldades de cada paciente, no entanto também é possível fazer intervenções em grupo, promovendo momentos de acolhimento, aprendizados e experiências.

É necessário que o profissional de psicologia aborde o tema e discuti sobre o fim da vida, pois às vezes vêm carregadas de fantasias, dor e pânico, por isso é importante conversarem claramente, fazer levantamento dos pensamentos automáticos disfuncionais e de crenças à cerca desse período em que o paciente está passando, e a Terapia Cognitivo Comportamental pode colaborar nesses aspectos (PRADE; CASELLATO & SILVA, 2008 *apud* MELO; VALERO; MENEZES, 2013).

De modo geral, notou-se que os resultados das pesquisas encontradas são bem similares. Os estudos também demonstram preocupação quanto à formação

específica dos psicólogos em cuidados paliativos, deixando clara a necessidade de uma preparação mais adequada para trabalharem com esse público. No entanto, sugere-se que tenham estudos e pesquisas tanto em base de dados internacionais quanto nacionais no tema de Cuidados Paliativos e Terapia de Aceitação e Comprometimento.

Através deste, acredito ter dado um contributo para um melhor e mais aprofundado conhecimento sobre a Terapia de Aceitação e Comprometimento e seus benefícios para o doente paliativo. Espera-se que futuros estudos aprofundarão algumas das questões que remanescem e superem os nossos limites, de modo a criar a pertinência na definição de projetos de intervenção junto desta população, de modo mais global e satisfatório.

## REFERENCIAS

- ALMEIDA, Laurinda Ramalho de. **Consideração Positiva Incondicional no sistema teórico de Carl Rogers**. Temas psicol. vol.17 no.1 Ribeirão Preto 2009.
- BARBOSA, A., Delalibera, M., Leal, I., & J Presa, J. **Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura**. Ciência e Saúde Coletiva. 2015.
- BARBOZA, Karen Cristina. **Diante a terminalidade: reflexões da ACP (abordagem centrada na pessoa)**. 2017. 30. Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia – Anhanguera Educacional, Leme, 2017.
- BARBOSA, L. M., & Murta, S. G. Terapia de aceitação e compromisso: História, fundamentos, modelo e evidências. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 2014.
- BECK, Aaron T. [et al.]. **Terapia Cognitiva d a Depressão**. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- \_\_\_\_\_. **Terapia cognitiva: noções básicas e além** (2ª ed.). Nova Iorque: Guilford, 2011.
- \_\_\_\_\_. **Terapia Cognitiva e Distúrbios Emocionais**. Nova York: New American Library, 1976.
- BORGES ADVS. **Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento**. Psicologia em Estudo, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor**. - Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- CAMON, Valdemar, A. A. **Psicologia Hospitalar – Teoria e Prática**. 4. Ed. São Paulo: Pioneira, 1999.
- CARVALHO, Ma. M. de no livro **“Dor: um estudo multidisciplinar”**. Ed. Sumos, São Paulo: 1999.
- CASTRO, Déborah Azenha de. Psicologia e ética em cuidados paliativos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 21, n. 4, p. 44-51, 2001.
- CASTRO, M. M. C., & BARROSO, C. L. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental nos cuidados paliativos. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. 2012.
- CERQUEIRA, M. **O cuidador do doente paliativo: Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio**. Coimbra: Formasau: Formação e Saúde, Ltda, 2005.

CONTE, Fátima Cristina de Souza. **Reflexões sobre o sofrimento humano e a Análise Clínica Comportamental**. Temas em Psicologia, Vol. 18, no 2, 385 – 398. 2010.

DEL PRETTE, Z. & DEL PRETTE, A. **Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia, Educação e Trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

DETHLEFSEN Thorwald, Dahlke Rudiger. **A doença como caminho: uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem**. São Paulo: Cultrix, 2007.

DOMINGUES, Glaucia Regina; ALVES, Karina de Oliveira; CARMO, Paulo Henrique Silva; GALVÃO, Simone da Silva; TEIXEIRA, Solmar dos Santos; BALDOINO, Eduardo Ferreira. Artigo: A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Revista de Psicologia Hospitalar**. São Paulo. vol. 11 no. 1. São Paulo jan. 2013.

EIZIRIK, Claudio Laks; KAPCZINSKI, Flavio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O Ciclo da Vida Humana: Uma perspectiva Psicodinamica**. Porto Alegre: Artmed, 2001. Disponível em: <file:///C:/Users/positivo/Downloads/10193-28-1-PB.pdf>. Acesso em: 31/10/2019.

ELLIS, A. e HARPER, R. A. - **Uma boa parte da vida racional**. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall, 1961.

EYSENCK, H.J. **O problema resultante da psicoterapia: o que aprendemos?** Pesquisa e terapia comportamental. V.32. 1994. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2014000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000100006). Acesso em: 03/11/2019.

FIGUEIREDO, M.G.M.C.A. & Bifulco, V.A. (Org.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus. 2008.

FLORES, C. A. Terapia cognitivo-comportamental e tratamento psicológico de pacientes com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 2012.

GREER, Joseph A. et al., **Adaptando a terapia cognitivo-comportamental para tratar a ansiedade Comórbida com câncer avançado**. Institutos de saúde de nacional. Boston, 2011.

GUTIERREZ, P. O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 92, 2001.

HAYES S. C. **Uma abordagem contextual para a mudança terapêutica**. Em N. Jacobson (Ed.), *Psicoterapeutas na prática clínica: Perspectivas cognitivas e comportamentais* (pp. 327-387). Nova Iorque: Guilford. 1987.

\_\_\_\_\_. **Terapia de aceitação e comprometimento, teoria do quadro relacional e a terceira onda de comportamento e terapias cognitivas**. *Terapia Comportamental*. Nova Iorque: Guilford. 2004.

HILLER W, Heuser J, Fichter M. **A nosologia da dor crônica do DSM IV: uma comparação da dor distúrbio e síndrome de somatização múltipla.** Eur J Pain 2000.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. *Estatísticas do câncer.* 2010.

KNAPP, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa em terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 30(Suppl. 2),S54-S64.

KOVÁCS, M.J. **Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional.** O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010.

KNAPP, P.; ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 32, (supl.1), 98-104. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24418.pdf>. Acesso em 20 de nov. 2018.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** (2a ed.) São Paulo. Martins Fontes. 1996.

MEDEIROS, L. A.; LUSTOSA, M. A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 203-227.** Dez. 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200013&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20/09/2019.

MELO, Anne Cristine de; VALERO, Fernanda Fernandes; MENEZES, Mariana. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS.** Lisboa, v.14, n.3, 2013.

MENDES, Juliana Alcaires. LUTOSA, Maria Alice. ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH v.12 n.1.** Rio de Janeiro jun. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011). Acesso em: 31/10/2019.

MOREIRA, V., TORRES, R. B. Empatia e redução fenomenológica: possível contribuição ao pensamento de Rogers. **Arq. Bras. Psicol.** V. 65, n. 2. Rio de Janeiro, 2013.

OLIVEIRA, E A; SANTOS, M A; MASTOPIETRO, A P. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, 2010.

PEREIRA, F. M., & Penido, M. A. Aplicabilidade teórico-prática da terapia cognitivo comportamental na psicologia hospitalar. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.** 2010.

PERON, Nayara Benevenuto; SARTES, Laisa Marcorela Andreoli. Terapia Cognitivo-Comportamental no hospital geral: revisão da literatura brasileira. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.** Rio de Janeiro, v.11, n.1, 2015.

PESSINI Leo. Distanásia: até quando investir sem agredir? **Rev Bioét 4.** São Paulo/SP.

PORTO, G.; LUSTOSA, M. A. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. **Rev. SBPH, v. 13, n. 1**, Rio de Janeiro, jun. 2010.

PREGNOLATTO, Ana P. F.; AGOSTINHO, Valéria B. M. **O psicólogo na unidade de terapia intensiva – adulto. In: Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003.

PROSS, H. **Sociedade do protesto.** São Paulo: Annablume, 1997.

QUINTANA, A. M., Kegler, P., Santos, M., S., & Lima, L. D. **Sentimento e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal.** Paidéia (Ribeirão Preto). v.16, n.35 ano 2006.

RANGÉ, Bernard (Org). **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Transtornos Psiquiátricos.** Vol. 2. São Paulo: Editoria Livro Pleno, 2001.

RODRIGUES, Eliane Souza; SOUZA, Mônica Maria Martins de. **A Inclusão dos Pacientes em Estado Terminal pelo Viés da Atuação da Psicologia Hospitalar.** 2015. Anais do II Seminário Internacional de Integração Étnico -Racial, 2015, Vol. 1, N ° 2, 96-100.

ROGERS, C.R. **Aconselhamento e psicoterapia: novos conceitos na prática.** Boston: Houghton Mifflin. 1942.

SABAN, M. T. **Introdução à terapia de aceitação e compromisso.** Santo André: ESETes, (2011).

SALES, C. A.; D'ARTIBALE, E. F. **O cuidar na terminalidade da vida: escutando os familiares,** Ciênc. cuid. Saúde, v. 10, n. 4, 2011.

SCHMIDT, B.; GABARRA, L. M.; GONÇALVES, J. R. **Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência,** Paidéia (Ribeirão Preto), v. 21, n. 50, p. 423-430, 2011.

SILVA, Bárbara-Christine Nentwig. **Elaboração de projetos de pesquisa em Geografia: uma orientação.** 2ª ed. Salvador: Centro Editorial e didático da UFBA, 1988.

SOAVINSKY, M. A. **Morrer com dignidade.** In: Encontro de Bioética do Paraná – Bioética início da vida em foco. Curitiba. Anais eletrônicos. Curitiba: Champagnat. 2009.

SUDAK DM. **Terapia cognitivo-comportamental na prática,** São Paulo: Artmed; 2008.



TÖRNEKE, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. **RFT para prática clínica: Três estratégias básicas para entender e tratar o sofrimento humano. O manual Wiley da ciência comportamental contextual**, 254-273, (2016).

Torres WC. **As perdas do paciente terminal e o luto antecipado**. *Psicol Argum.* 2000.

ZETTLE, R. D. A evolução de uma abordagem contextual para terapia: do distanciamento abrangente ao ACT. **Revista Internacional de Consulta Comportamental e terapia**. 2005.

## ANEXOS



### Debora Teixeira de Oliveira


Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4744609619392855>

ID Lattes: **4744609619392855**

Última atualização do currículo em 11/03/2019

Graduando em Psicologia pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA (**Texto informado pelo autor**)

### Identificação

<b>Nome</b>	Debora Teixeira de Oliveira
<b>Nome em citações bibliográficas</b>	OLIVEIRA, D. T.
<b>Lattes iD</b>	 <a href="http://lattes.cnpq.br/4744609619392855">http://lattes.cnpq.br/4744609619392855</a>

### Endereço

### Formação acadêmica/titulação

<b>2015</b>	Graduação em andamento em Psicologia. Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
<b>1998 - 2000</b>	Ensino Médio (2º grau). ESCOLA ESTADUAL DE ENSINO FUNDAMENTAL E MEDIO HEITOR VILLA LOBOS, HEITOR VILLA-LOB, Brasil.

### Áreas de atuação

<b>1.</b>	Grande área: Ciências Humanas / Área: Psicologia.
-----------	---

### Idiomas

<b>Português</b>	Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.
<b>Espanhol</b>	Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.

### Produções

#### Produção bibliográfica

## Resultado da análise


**Arquivo:** TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMETIMENTO EM PACIENTES TERMINAIS  
Leidiana.docx

### Estatísticas

**Suspeitas na Internet: 8,2%**

*Percentual do texto com expressões localizadas na internet* 

**Suspeitas confirmadas: 3,46%**

*Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados* 

**Texto analisado: 95,02%**

*Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).*

**Sucesso da análise: 100%**

*Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.*

### Endereços mais relevantes encontrados:

Endereço (URL)	Ocorrências	Semelhança
<a href="http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/download/711/423">http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/download/711/423</a>	16	11,66 %
<a href="https://docplayer.com.br/15470121-Terapia-de-aceitacao-e-compromisso-historia-fundamentos-modelo-e-evidencias.html">https://docplayer.com.br/15470121-Terapia-de-aceitacao-e-compromisso-historia-fundamentos-modelo-e-evidencias.html</a>	16	10,9 %
<a href="https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/download/48/48">https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/download/48/48</a>	13	11,24 %
<a href="https://docplayer.com.br/18063325-Contribuicoes-da-terapia-cognitivo-comportamental-nos-cuidados-paliativos.html">https://docplayer.com.br/18063325-Contribuicoes-da-terapia-cognitivo-comportamental-nos-cuidados-paliativos.html</a>	10	10,8 %
<a href="http://pepsic.bvsalud.org/pdf/actac/v21n4/n4a07.pdf">http://pepsic.bvsalud.org/pdf/actac/v21n4/n4a07.pdf</a>	9	10,03 %
<a href="http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1677-74092013000100002">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1677-74092013000100002</a>	9	-

### Texto analisado:

#### INTRODUÇÃO

O estudo que será abordado no decorrer do presente trabalho é de suma relevância, pois o mesmo envolve o bem estar emocional das pessoas que possuem algum tipo de enfermidade sem possibilidade de cura, causando na maioria das vezes enorme sofrimento biopsicossocial. Através disso, serão apresentadas intervenções com base na Terapia de Aceitação e Comprometimento que vem auxiliar esses indivíduos terem uma melhor qualidade de vida e desenvolverem ferramentas para saberem lidar com essas questões. A finalidade dessa pesquisa é verificar como a Terapia de Aceitação e Comprometimento pode intervir e contribuir no alívio do sofrimento desses indivíduos, pois os mesmo requerem muita atenção e cuidados. Ainda através da mesma, será possível conhecer mais sobre tais aspectos, e através disso contribuir para que outros profissionais da psicologia tenham acesso a essas informações.

A Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da dor procura auxiliar os pacientes serem capazes de perceber o impacto que os pensamentos e os sentimentos negativos de dor podem provocar na manutenção de comportamentos **que são inadequados, desenvolverem métodos para aprenderem a lidar com a dor** e os encorajando a conservarem a orientação para solucionar os problemas. Desse modo, os indivíduos são incentivados a reconhecer as conexões existentes nas respostas de cognição, comportamento e humor, junto com suas consequências e, por fim, são incentivados a expandir os resultados da clínica para além dela (HILLER, 2000, p. 45-55).

<http://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/download/48/48>