



unifaema

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAEMA – UNIFAEMA

**ESTÉFANI QUEITI SANTOS
OTÁVIO ROCHA MAIA**

**A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE PSICOLÓGICO E DAS INTERVENÇÕES
PSICOTERAPÊUTICAS NO PROCESSO DE LUTO DE FAMILIARES DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

**ARIQUEMES - RO
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237i Santos, Estéfani Queiti.

A importância do suporte psicológico e das intervenções psicoterapêuticas no processo de luto de familiares de pacientes oncológicos. / Estéfani Queiti Santos, Otávio Rocha Maia. Ariquemes, RO: Centro Universitário Faema – UNIFAEMA, 2024.

44 f. ; il.

Orientadora: Profa. Esp. Katiúscia de Carvalho Santana.

Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Psicologia – Centro Universitário Faema – UNIFAEMA, Ariquemes/RO, 2024.

1. Cuidados Paliativos. 2. Doenças Oncológicas. 3. Luto. 4. Morte. 5. Psicologia. I. Título. II. Maia, Otávio Rocha. III. Santana, Katiúscia de Carvalho.

CDD 150

Bibliotecária Responsável
Isabelle da Silva Souza
CRB 1148/11

**ESTÉFANI QUEITI SANTOS
OTÁVIO ROCHA MAIA**

**A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE PSICOLÓGICO E DAS INTERVENÇÕES
PSICOTERAPÊUTICAS NO PROCESSO DE LUTO DE FAMILIARES DE
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso Psicologia do Centro Universitário
FAEMA – UNIFAEMA como pré-requisito para
obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientador (a): Prof. Esp. Kátiuscia de
Carvalho Santana.

BANCA EXAMINADORA

Assinado digitalmente por: KATIUSCIA CARVALHO DE
SANTANA
Razão: Sou responsável pelo documento
Localização: FAEMA - Ariquemes/RO
O tempo: 05-12-2024 20:38:35

Prof. Esp. Kátiuscia de Carvalho Santana
Centro Universitário UNIFAEMA

Documento assinado digitalmente



LUCIANE DE ANDRADE MELO
Data: 09/12/2024 22:12:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Luciane de Andrade Melo
Centro Universitário UNIFAEMA

Documento assinado digitalmente



YESICA NUNEZ PUMARIEGA
Data: 09/12/2024 22:24:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Yesica Nunez Pumariega
Centro Universitário UNIFAEMA

**ARIQUEMES – RO
2024**

Dedico este trabalho aos meus pais, familiares e amigos, que me apoiaram e incentivaram a seguir em frente com meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por Sua infinita graça e força, sem as quais eu não teria chegado até aqui. Cada passo dessa jornada foi guiado por Sua mão, e sou imensamente grata por isso.

Agradecemos nossa orientadora, Katiuscia, pela paciência e pelos ensinamentos valiosos que contribuíram para a realização deste trabalho. Seu apoio foi fundamental em cada etapa deste projeto.

Agradecemos também aos professores do instituto Unifaema, que, com suas aulas e dedicação, me inspiraram e enriqueceram nosso conhecimento ao longo do curso.

Aos meus colegas e amigos, agradeço pela companhia, pelas trocas de ideias e pelo apoio emocional nos momentos desafiadores em especial. Vocês tornaram essa experiência mais leve e agradável.

Por fim, agradeço à minha família, que sempre estiveram ao meu lado, oferecendo amor, suporte e incentivo. Sem vocês, nada disso seria possível.

A todos, meu sincero obrigado!

“Há em cada um de nós um potencial para a bondade que é maior do que imaginamos; para dar sem buscar recompensa; para escutar sem julgar; para amar sem impor condições”. KÜBLER-ROSS

RESUMO

Este trabalho aborda a importância do suporte psicológico e das intervenções psicoterapêuticas no processo de luto de familiares de pacientes oncológicos. O trabalho irá apresentar um contexto histórico da morte e do luto e em como esses dois foram se modificando ao longo dos anos, com foco em como isso afeta pacientes oncológicos e seus parentes imediatos. Será discutido também os cuidados paliativos, com sua base histórica relatada, e em uma perspectiva da psicologia, como um auxílio a esses pacientes e familiares nesse momento desesperançoso. As bases bibliográficas usadas foram artigos do site SciELO.Org bem como registros bibliográficos de autores relevantes para o assunto. Por fim, são discutidas intervenções psicológicas e estratégias que podem auxiliar os familiares a lidarem com o luto e a adaptação à nova realidade após a perda de um ente querido. Este estudo visa contribuir para uma compreensão mais profunda do luto no contexto oncológico e para a valorização do suporte psicológico como parte essencial do cuidado integral à saúde.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Doenças Oncológicas; Luto; Morte; Psicologia.

ABSTRACT

This paper addresses the importance of psychological support and psychotherapeutic interventions in the grieving process of relatives of cancer patients. The paper will present a historical context of death and mourning and how these two have changed over the years, focusing on how this has affected cancer patients and their relatives immediately. Palliative care will also be discussed, with its historical basis reported, and from a psychological perspective, as an aid to these patients and their relatives in this desperate moment. The bibliographic bases used were articles from the SciELO.Org website as well as bibliographic records of authors relevant to the subject. Finally, psychological interventions and strategies that can help family members deal with grief and adapt to the new reality after the loss of a loved one are discussed. This study aims to contribute to a deeper understanding of grief in the oncological context and to the appreciation of psychological support as an essential part of comprehensive health care.

Keywords: Palliative Care; Oncological Diseases; Grief; Death; Psychology.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 GERAL	12
2.2 ESPECÍFICOS	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O PROCESSO DO MORRER	13
3.1.1 Definindo o luto	17
3.2 A RUPTURA DA REALIDADE PROVOCADA PELA MORTE, QUE SE TORNA EVIDENTE APÓS UM DIAGNÓSTICO TERMINAL	20
3.2.1 Luto antecipatório no contexto do câncer terminal	22
3.3 CUIDANDO DA DOR: A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES E FAMILIARES	25
3.4 ESTRATÉGIAS PARA FACILITAR A VIVÊNCIA DOS FAMILIARES DE PACIENTES EM FASE TERMINAL DE CÂNCER	30
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

A morte e o luto são temas universais que, embora inevitáveis, despertam uma gama de sentimentos complexos e muitas vezes difíceis de lidar. No contexto oncológico, essas questões assumem uma dimensão ainda mais significativa, pois o diagnóstico de câncer terminal não apenas transforma a vida do paciente, mas também provoca uma ruptura profunda na realidade de seus familiares e amigos. Para compreender as implicações emocionais dessa vivência, é fundamental conceituar a morte e o luto, analisando brevemente a evolução histórica do processo de morrer e as definições que cercam o luto em suas diversas manifestações.

Segundo Kovács (1992), a morte é uma certeza da vida humana, mas sua compreensão e aceitação variam cultural e historicamente. A evolução das práticas e rituais ao redor do morrer reflete mudanças nas atitudes sociais e pessoais em relação à finitude. A definição de luto, conforme proposto por Kübler-Ross (1969), é um processo emocional em resposta à perda, caracterizado por estágios como negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Esses estágios, embora não lineares, ajudam a contextualizar as reações emocionais dos indivíduos frente à morte.

No contexto do câncer terminal, o luto não é apenas uma resposta à perda efetiva, mas pode se intensificar antes mesmo da morte, caracterizando o luto antecipatório. Kovács (1992) destaca que essa forma de luto permite que pacientes e seus familiares comecem a processar a inevitável perda e a lidar com a dor emocional que a acompanha. O acompanhamento psicológico adequado é crucial nesse estágio, oferecendo suporte que facilita a preparação emocional e a aceitação gradual da realidade iminente.

A dor não se restringe ao paciente; seus familiares também enfrentam um sofrimento profundo diante da possibilidade de perder um ente querido. Nesse sentido, os cuidados paliativos emergem como uma resposta essencial. Eles oferecem não apenas alívio para os sintomas físicos, mas também suporte emocional para o paciente e sua família. Segundo Kovács (1992), a abordagem paliativa visa integrar os cuidados físicos com o apoio psicológico, social e espiritual, promovendo o bem-estar integral dos envolvidos.

Este trabalho aborda estratégias que podem facilitar a vivência dos familiares de pacientes em fase terminal de câncer. É fundamental uma abordagem integrada que respeite e acolha as emoções de todos os envolvidos. Kovács (1992) e Kübler-Ross (1969) enfatiza a importância de criar um ambiente de compreensão e apoio, onde as emoções possam ser expressas e validadas. Grupos de apoio, terapia familiar e intervenções psicoeducativas são algumas das estratégias que podem ser implementadas para oferecer suporte contínuo.

Este estudo visa contribuir para uma compreensão mais profunda do luto no contexto oncológico e da importância de intervenções psicológicas que promovam o bem-estar durante esse difícil processo. Ao considerar as dimensões emocionais, sociais e espirituais do luto, e ao integrar cuidados paliativos no tratamento, é possível oferecer um suporte mais holístico e humanizado. A valorização do suporte psicológico como parte essencial do cuidado integral à saúde reforça a importância de um olhar sensível e compreensivo para as necessidades de pacientes e seus familiares diante da terminalidade.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar a importância do suporte psicológico e das intervenções psicoterapêuticas no processo de luto de familiares de pacientes oncológicos.

2.2 ESPECÍFICOS

- Explorar como a forma de encarar e lidar com a morte mudou ao longo do tempo;
- Definir os conceitos de morte, luto no contexto oncológico, destacando as especificidades do luto nesse contexto;
- Abordar o desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e seu impacto na qualidade de vida de pacientes e familiares;
- Identificar e descrever intervenções psicológicas utilizadas no suporte a familiares de pacientes oncológicos em luto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O PROCESSO DO MORRER

Ao longo de toda a história da humanidade, o ser humano enfrentou uma série de perdas e dificuldades, impulsionadas por diversos fatores, tais como a necessidade de sobrevivência, os processos de evolução, os conflitos e lutas, as doenças, as crenças e outras circunstâncias. Dentre todas essas perdas, a morte se destaca como a mais significativa e, frequentemente, a mais temida, tanto na perspectiva de enfrentá-la diretamente quanto ao simplesmente refletir sobre ela. (Magalhães et al., 2015 apud Kovacs, 2008).

Essa finitude, que representa a certeza inevitável da morte e o subsequente processo de luto, gerou uma ampla gama de concepções e interpretações sobre como lidar com esse sofrimento. Diferentes culturas e civilizações abordaram a questão de maneiras variadas, refletindo nas suas práticas e crenças. Essas diferenças são exploradas e discutidas nas palavras de Ariés:

Por algum tempo, a morte foi considerada como natural ao ser humano, tranquila e resignada. A vivência de morte ocorria no âmbito familiar, os rituais se davam numa cerimônia pública, em que todos participavam e eram autorizados a expressar os sentimentos pela perda. (Ariés, 1990, p. 35).

Nessa visão de naturalidade quanto a morte, o indivíduo era nutrido por um sentimento com o qual facilitava a lidar com a partida do ente querido, em uma visão de que se não se pode evitar o ocorrido, o aceite, desta forma resultava em um processo onde os rituais e cerimônias se transformava-se em um momento de expressar sua gratidão e afeto pela a vivência e história daquele ente querido. Tal modo de agir também era impulsionado pela cultura da época, pois na idade média, acreditava-se também que a morte era um fato natural e assim deveria ser enfrentada de uma forma tranquila. (Áries, 1990; Rabelo, 2006 apud Basso; Wainer, 2011).

Os autores Araújo e Vieira (2001) relatam que, até mesmo o pressentimento de que alguém estava prestes a partir poderia levar as pessoas a realizarem os ritos de despedida. Essa observação ressalta a importância das crenças culturais e sociais na forma como as pessoas lidam com a morte e a separação. Na época em questão, a crença tinha um peso significativo, influenciando comportamentos e práticas relacionadas ao luto.

Esses ritos de despedida, que podem incluir cerimônias, orações e outros atos simbólicos, servem não apenas para honrar a memória do que se foi, mas também para proporcionar um fechamento emocional para aqueles que ficam. A ideia de que o pressentimento poderia motivar essas ações demonstra uma conexão profunda entre as emoções humanas e as tradições culturais, onde a intuição e a crença se entrelaçam. (Áries, 1990; Rabelo, 2006 apud Basso; Wainer, 2011).

Além disso, essa prática reflete uma maneira de lidar com a inevitabilidade da morte, transformando a dor da separação em um momento de celebração da vida e de agradecimento. A crença, que naquela época tinha um papel central na sociedade, possibilitava que as pessoas encontrassem conforto e significado em meio à tristeza, criando um espaço onde a dor da perda pudesse ser compartilhada e compreendida coletivamente. Portanto, a afirmação de Araújo e Vieira (2001) destaca a relevância dos rituais de despedida como um componente essencial no processo de luto, evidenciando como a crença e as tradições moldam as experiências emocionais relacionadas à perda.

Contudo, a percepção da morte evoluiu significativamente ao longo dos anos, refletindo mudanças profundas na maneira como os indivíduos e a sociedade percebem a morte. A morte foi inicialmente vista como um evento comum, quase uma parte natural do ciclo da vida. No entanto, essa perspectiva mudou significativamente com o tempo. A visão da morte mudou e passou a ser associada a vulnerabilidade e sentimentos de fracasso (Ariès, 1990). A noção de fracassar na própria vida e não ter

planos para o futuro tornou-se mais prevalente. A fragilidade da vida ficou mais evidente para as pessoas, o que as deixou com um sentimento crescente de medo e insegurança.

Tal temor da morte se tornaria popular entre as massas por volta dos séculos XII e XIII, onde a imagem serena de descanso começaria a tomar este um rumo mais biográfico particular, tanto na questão sobre os sucessos e conquistas de uma vida, bem como um sentimento de procura de propósito antes da morte, juntamente com os avanços na ciência a morte também adquiriu conotações de impureza. (Quinaglia, 2008).

A partir dos séculos XX e XXI, a dor e o luto foram sendo silenciados, reduzindo a duração do luto e eliminando rituais como o cortejo fúnebre e as últimas homenagens que antes eram tão importantes. A morte passou a ocorrer nos hospitais, afastando os familiares e transformando o paciente e ente querido em um mero número. Essa mudança gerou uma ignorância sobre a morte, levando médicos e parentes a dissimularem a gravidade da situação. Com isso, perdeu-se uma humanidade antes presente no processo de morrer, afetando tanto quem parte em seus últimos momentos, quanto os que ficam. A preparação para a morte se extinguiu, resultando em lutos empobrecidos. (Rodrigues, 2006).

Assim, um cenário cheio de tristeza, angústia e choque foi criado pelo terror da morte. Um lençol cobre o corpo do falecido, impedindo-o de ser visto pelos que restavam. Essa ação simbólica representa a tentativa de evitar a perspectiva de um futuro que antes era naturalmente aceito, mas que agora causa terror e preocupação perante a fragilidade do ser humano. A compreensão de que a morte não apenas interrompe a vida, mas também revela o quão frágil e inseguro é a existência humana, aumentou o medo e a aversão a essa verdade inevitável (Ariès, 1990).

Conforme o autor, a maneira como as pessoas veem a morte muda mostra uma transição cultural e emocional significativa, onde lidar com o fim da vida se torna uma

representação das preocupações e dificuldades pessoais. Os sinais de uma nova abordagem emocional e filosófica à mortalidade incluem o distanciamento do corpo e a visão do futuro como algo temido em vez de aceitável. (Combinato & Queiroz, 2006)

Ariès (1990) enfatiza que o avanço da ciência e a expansão da industrialização influenciaram significativamente a forma como as pessoas percebem a morte, tanto em relação à sua própria mortalidade quanto à de outras pessoas. Esses elementos contribuíram para um aumento do inconformismo e da rejeição da morte, que passou a ser vista como uma ameaça à prosperidade social e ao progresso. Assim, esses desenvolvimentos causaram uma crescente ignorância sobre a morte no cotidiano das pessoas.

Kovács (1992), apoiando-se em Meltzer, afirma que a morte é um inimigo que os vivos tentam superar, sem compreender as consequências disso. Cassorla (1992) destaca que se vivem diversas mortes diariamente, sendo a morte física apenas a última. Ele menciona "micromortes" nas esferas somática, mental e social, que se interconectam. Essas perdas são desafios cotidianos que os indivíduos enfrentam.

A morte passou a ser encarada como um tabu, devido ao seu caráter desconfortável e à maneira como desafia a estabilidade e a segurança percebidas na vida. Muitas vezes, em vez de ser abordado diretamente, o tema é omitido ou escondido, especialmente quando se trata de doenças e enfermidades. Esse distanciamento revela uma tentativa de fugir da realidade da mortalidade, levando frequentemente as pessoas a optarem pelo silêncio como forma de lidar com o inevitável (Ariès, 1990).

Essa abordagem impede uma discussão aberta e clara sobre a morte, o que torna o processo de luto mais complicado. A falta de diálogo e a preparação para lidar com a morte podem dificultar ainda mais esse processo, levando muitos a evitá-lo. Assim, o enfrentamento da morte e do luto se transforma em uma experiência mais

dolorosa, agravada pela ausência de conversas preparatórias sobre o fim da vida. (Áries, 1990 apud Basso; Wainer, 2011).

Dessa forma, é evidente que a percepção social da morte, conforme discutido por Ariès e outros autores, além de mudar muito ao longo dos anos também influencia profundamente a forma como as pessoas vivenciam e lidam com a perda, ressaltando-se uma necessidade de uma abordagem mais aberta e consciente sobre esse tema.

3.1.1 Definindo o luto

No entanto, o que realmente é o luto? Quando se perde algo importante na vida, o luto é se sentindo inevitavelmente. Em seus escritos, Ramos (2016) afirma que a morte de um ente querido, o falecimento de um animal de estimação, o fim de um relacionamento ou até mesmo a perda de um objeto sentimental podem ser exemplos dessas perdas. O luto é um processo inevitável e pode se manifestar várias vezes ao longo da vida devido à sua ampla gama de gatilhos.

O luto foi estudado e teorizado devido à sua presença constante e impacto significativo ao longo da existência humana. Médicos, psicólogos e várias culturas têm estudado e expressado o luto de várias maneiras. As teorias sobre o luto são extremamente diversas e muitas vezes divergem entre si. (Crepaldi & Lisboa, 2003).

No entanto, apesar das variações nas teorias e das abordagens diferentes para entender o luto, há uma aceitação quase unânime dos Cinco Estágios do Luto. Esses estágios são amplamente reconhecidos e servem como um marco comum para compreender as experiências emocionais associadas ao processo de luto (Ramos, 2016).

Em 1985, foi lançado o livro intitulado *On Death and Dying*, *Sobre a Morte e o Morrer* de Elisabeth Kübler-Ross. Este importante trabalho ofereceu um exame abrangente da experiência da morte e do processo de luto. A obra, que se tornou uma referência importante no campo, oferece uma visão detalhada das emoções e etapas

que acompanham a perda. Isso teve um impacto significativo no campo dos estudos sobre a morte.

O conceito dos cinco estágios do luto foi formalmente estabelecido e ganhou destaque por meio do trabalho da psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross. Em seu livro seminal *Sobre a Morte e o Morrer* (1985), Kübler-Ross descreveu estes estágios como parte do processo emocional vivido por pacientes em fase terminal e seus familiares ao se depararem com a iminência da morte, A ordem desses estágios pode variar de pessoa para pessoa, mas o luto é uma parte importante do processo. Algumas fases são tão breves que parecem não ter ocorrido.

Ela identificou os cinco estágios como negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Sua pesquisa não apenas explorou as reações dos pacientes, mas também se estendeu aos familiares, oferecendo uma visão abrangente e profunda do impacto emocional da morte e do luto. A obra de Kübler-Ross tornou-se uma referência fundamental na compreensão do luto e continua a influenciar o campo da psicologia e do suporte emocional.

A primeira fase é a Negação e o Isolamento, segundo Ross (1985) todas pessoas, em seu inconsciente, tendem a acreditar que são imortais. Quando confrontados com a realidade de que não são, seja devido a uma doença terminal ou à perda de um ente querido, essa percepção de imortalidade é profundamente chocante.

De acordo com Ross, as pessoas frequentemente rejeitam a realidade como um meio de autopreservação para lidar com esse choque. Nesse processo, o isolamento também é benéfico, pois diminui a probabilidade de que a pessoa tenha que confrontar o que está tentando suprimir. Devido ao fato de que a negação é frequentemente insustentável nas circunstâncias dadas, esse estágio de negação é tipicamente breve.

Em seguida vem a Raiva, o indivíduo é tomado por sentimentos de raiva, ressentimento, inveja, revolta e etc. Como pontuam os autores Vargas e Netto (2021), o indivíduo se revolta com a situação e questiona por que ele deve enfrentar isso e não outra pessoa. Ao mesmo tempo, expressa essa raiva de diversas formas, direcionando-a tanto a pessoas próximas quanto a estranhos, muitas vezes sem uma razão evidente para tal comportamento.

O terceiro estágio, conforme aponta Kübler-Ross (1985), é a Barganha e geralmente acontece com o indivíduo tentando barganhar com uma entidade superior, seja ele uma divindade ou mesmo o próprio universo, são feitas promessas, seja de ações como se tornar uma pessoa melhor, ajudar aos outros como caridade, deixar um vício, ou até mesmo em situações específicas o auto sacrifício, como o de uma mãe pedindo que leve a ela e não seu filho, explicam Vargas e Netto (2021).

O quarto é a Depressão, é o sentimento avassalador de tristeza e desamparo que se segue a barganha mal sucedida e não aceita, a constatação de que não há nada a fazer e que nada irá mudar o ocorrido deixa o indivíduo nesse estado de melancolia e tristeza onde o apoio daqueles próximos é essencial para uma futura superação em direção ao último estágio. (Ross, 1985)

O último estágio é a Aceitação, onde depois de tanto negar, se enraivecer, barganhar e negociar, e se deprimir com a situação, o indivíduo finalmente aceita o ocorrido e segue com sua vida, essa aceitação é acompanhada por um imenso sentimento de alívio e paz que é muito necessário depois de todo o árduo processo.

Há alguns pacientes que lutam até o fim, que se debatem e se agarram à esperança, tornando impossível atingir este estágio de aceitação. Chega o dia em que dizem: "Não posso resistir mais." Quando deixam de lutar, a luta acaba, em outras palavras, quanto mais se debatem para driblar a morte inevitável, quanto mais tentam negá-la, mais difícil será alcançar o estágio final de aceitação com paz e dignidade. A família e a equipe hospitalar podem achar que esses pacientes são resistentes e fortes e encorajá-los na luta pela vida até o fim, deixando transparecer que aceitar o próprio fim é uma entrega covarde, uma decepção ou, pior ainda, uma rejeição da família. (Ross, 1985, p.77).

Esse processo é bastante desafiador e cheio de incertezas, envolvendo também a quebra de vínculos afetivos, sociais e familiares. Enfrentar esse período e lutar pela vida, enquanto se confronta a realidade da sua finitude, pode intensificar a dor, tanto para o indivíduo quanto para aqueles ao seu redor.

3.2 A RUPTURA DA REALIDADE PROVOCADA PELA MORTE, QUE SE TORNA EVIDENTE APÓS UM DIAGNÓSTICO TERMINAL.

A vida é, em essência, moldada pelos anseios e conquistas ao longo da existência. A elaboração de planos para o futuro como viagens, conseguir o carro dos sonhos, casa própria e até mesmo o momento da aposentadoria são colocados como metas e servindo como energia geradora de motivação para a vida (Vernon, 1973).

Bolles (1967) comenta sobre a filosofia de um indivíduo que carece de conceitos motivacionais, enfatizando que, nesse contexto, a razão possui a liberdade essencial para escolher seus objetivos. Essa liberdade é fundamental, pois determina as ações futuras do indivíduo. Assim, a vontade desse ser humano é considerada livre, uma vez que está sempre voltada para suas aspirações e planos futuros.

Embora seja realmente benéfico planejar o futuro e refletir sobre as próximas metas a serem alcançadas, é importante lembrar que o inesperado pode facilmente se transformar em uma realidade imutável. Segundo Silva (2019), um tema que raramente é abordado nas discussões contemporâneas, especialmente desde os séculos XII e XIII, é a morte.

Esta é frequentemente encarada de forma fantasiosa e distante, como se a finitude não fizesse parte da experiência humana. Essa percepção distorcida pode levar a uma desconsideração do impacto da morte nas vidas e nas relações sociais, criando um abismo entre a realidade e as nossas expectativas (ÉQ, Silva, 2019).

Desta forma, a sociedade ocidental contemporânea carece de uma cultura que integre a normalidade e a intimidade a finitude humana. A morte e a separação são frequentemente vistas como tabus, e qualquer ameaça a essas realidades pode provocar um profundo sofrimento psíquico no indivíduo, sendo culpada pelo separação de separação ou de morte pode gerar grande sofrimento para o indivíduo, ou por si só desencadear reações de luto (ÉQ, Silva, 2019).

Assim, fatores que colocam os indivíduos frente a frente a finitude da vida humana como o diagnóstico de uma doença como o câncer que frequentemente rompe a realidade do indivíduo, sendo muitas vezes encarado como uma sentença de morte. Essa situação não apenas afeta a saúde e a vida, mas também é gerador de um profundo sofrimento psicológico (Cardoso & Santos, 2013).

Além disso, Cardoso e Santos (2013) apontam que o luto nesses casos se torna mais intenso devido à incerteza trazida pela doença, à perda de metas e sonhos que chega junto com diagnóstico de uma doença terminal, além da falta de preparo das pessoas para lidarem com essas adversidades que rompem com o futuro do ser imortal fantasiado.

Esse processo de separação e perda desencadeia o luto, uma resposta que envolve uma gama de sentimentos e reações, manifestando-se tanto no nível individual quanto nas relações com aqueles que também são impactados pela perda. Assim, o luto é uma resposta natural e inevitável à experiência da morte, refletindo a profundidade do impacto que essa separação tem sobre as pessoas. (Ribeiro, 2008).

Fonseca (2014) destaca que quando um membro da família, ao receber um diagnóstico de uma doença grave, como o câncer em estágio terminal, ou de uma condição crônica, a família desencadeia uma série de reações emocionais. Nesse contexto, a família se vê diante de diversos estágios e processos que estão intimamente ligados ao luto, enfrentando não apenas a dor da perda iminente, mas também a reconfiguração de suas dinâmicas e relações.

Essas reações emocionais constituem a percepção única de cada indivíduo, abrangendo o luto pelo desconhecido dentro do contexto familiar, bem como o luto social e religioso. Além disso, inclui também a antecipação da perda concreta que se aproxima, refletindo a complexidade das emoções enfrentadas por cada membro da família (Cardoso et al., 2014 apud Fonseca, 2018).

3.2.1 Luto antecipatório no contexto do câncer terminal

Diante da dura realidade de uma doença terminal, os pacientes e seus familiares enfrentam um cenário angustiante, que impõe um cronômetro emocional repleto de incertezas e sofrimento. Essa situação gera um ambiente de expectativa e dor, onde a iminência da perda torna-se uma constante no cotidiano. As reações emocionais são variadas e intensas; é comum que familiares sintam raiva, não apenas pela situação em si, mas também pela impotência diante do que está por vir (Cardoso, 2018).

Cardoso (2018), relata que a depressão frequentemente se instala, refletindo a tristeza profunda e a sensação de desamparo. Além disso, a desorganização emocional pode ocorrer, levando a um estado de confusão e desorientação. Esse processo de luto antecipatório resulta em uma gradual desconexão do vínculo afetivo, em uma dinâmica que se assemelha ao luto convencional, mas que acontece antes da perda efetiva. Assim, as famílias precisam lidar com a complexidade desse processo, buscando maneiras de reorganizar suas emoções e fortalecer seus laços durante essa fase tão desafiadora.

Segundo Worden (1998), o luto "normal" e o luto antecipatório têm funções semelhantes, envolvendo a aceitação da perda e a elaboração da dor. Ambos podem causar diferentes níveis de ansiedade e requerem o ajustamento ao novo ambiente. Lidar com as emoções é fundamental em ambos os casos. Compreender essas funções pode facilitar o enfrentamento da perda.

O luto antecipatório pode tornar o luto "normal" mais leve e até encurtá-lo após a morte, pois proporciona uma preparação emocional para a perda. Essa preparação permite que a pessoa comece a lidar com a dor antes que a perda efetivamente aconteça. A consciência e aceitação da finitude, tanto da própria vida quanto da de um ente querido, desempenham um papel fundamental nesse processo. Meditar sobre a inevitabilidade da morte ajuda a lidar melhor com a perda. Trabalhar os significados dessa experiência de forma antecipada favorece uma validação emocional mais saudável após a morte real (Worden, 1998).

Abaixo é exemplificado com dados da própria OMS(2021) o quanto esse escopo de doença mata ao longo dos anos e os danos que ela pode fazer em uma década. O paciente oncológico ao receber o diagnóstico de uma doença como o câncer acaba percebendo que sua vida nunca mais será a mesma como antes dessa notícia, e por causa de sua letalidade e às vezes incurabilidade o luto antecipado se torna muito presente em tais pacientes.

ÓBITOS POR CÂNCER NO BRASIL EM 2021 - HOMENS		
LOCALIZAÇÕES PRIMÁRIAS	ÓBITOS	%
Próstata	16.300	13,5
Traqueia, Brônquios e Pulmões	15.987	13,2
Cólon e Reto	10.662	8,8
Estômago	9.007	7,5
Esôfago	6.612	5,5
Fígado e Vias biliares intrahepáticas	6.061	5,0
Pâncreas	5.949	4,9

Cavidade oral	4.878	4,0
Sistema Nervoso Central	4.787	4,0
Laringe	3.957	3,3
Todas as neoplasias	120.784	100,0

Fonte: GOV.br - Instituto Nacional do Cancer - INCA (2022)

ÓBITOS POR CÂNCER NO BRASIL EM 2021 - MULHERES		
LOCALIZAÇÕES PRIMÁRIAS	ÓBITOS	%
Mama	18.139	16,4
Traqueia, Brônquios e Pulmões	12.977	11,7
Cólon e Reto	10.598	9,6
Colo do útero	6.606	6,0
Pâncreas	6.022	5,4
Estômago	5.252	4,7
Sistema Nervoso Central	4.567	4,1
Fígado e Vias biliares intrahepáticas	4.535	4,1
Ovário	4.037	3,6
Leucemias	3.123	2,8
Todas as neoplasias	110.910	100,0

Fonte: GOV.br - Instituto Nacional do Cancer - INCA (2022)

O fato de tantas mortes ocorrerem pela doença e sua pluralidade de formas, como visto acima, é o que a deixa tão temida, o que só contribui para todo o imaginário coletivo negativo e pessimista que ela já tem.

3.3 CUIDANDO DA DOR: A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES E FAMILIARES

Os Cuidados Paliativos foram criados para tornar o atendimento mais humano para os pacientes em situações nas quais não existem mais opções terapêuticas que possam curar uma doença específica. Essa abordagem foca no bem-estar e na qualidade de vida, levando em consideração as necessidades físicas, emocionais e sociais dos pacientes (LCS Rezende, 2014).

No início do século XX, começou a surgir uma maior consciência acerca da importância de proporcionar conforto e alívio aos pacientes em fase terminal, embora a ênfase ainda estivesse predominantemente voltada para tratamentos curativos. O conceito de cuidados paliativos surgiu oficialmente na década de 1960 após um movimento organizado pela enfermeira Cecily Saunders chamado hospice (hospedarias) com a proposta de amenizar o sofrimento e proporcionar assistência a indivíduos afetados por doenças sérias. O St. Christopher's Hospice foi instituído no ano de 1967 no sul de Londres e Saunders foi muito importante para a construção de uma rede social de apoio junto à classe média alta britânica. (Kovács, 1992 apud Rezende et al., 2014).

Saunders apresentou a ideia de "cuidado holístico", que leva em conta não apenas os aspectos físicos da enfermidade, mas também as dimensões emocionais, sociais e espirituais da dor. Foi após o período de Expansão e Formalização (Anos 1970 e 1980) que o conceito de cuidados paliativos ganhou difusão ao redor do mundo. Instituições como a Hospice and Palliative Care Organization (HPCO) e a International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC) surgiram com o objetivo de promover e estabelecer padrões para esses cuidados. Essa etapa também

envolveu a inserção dos cuidados paliativos nos currículos de formação médica, além da criação de diretrizes e práticas fundamentadas em evidências. (Kovács, 1992 apud Rezende et al., 2014).

E o que caracteriza exatamente os cuidados paliativos? A OMS revisou sua abordagem para cuidados paliativos, agora enfatizando a cooperação entre profissionais que atendem pacientes com diferentes doenças crônicas, como HIV/AIDS e outras condições. Anteriormente, cuidados paliativos eram associados apenas aos estágios finais da doença, mas a nova visão defende a aplicação precoce desses cuidados ao longo de qualquer doença terminal. (Pessini & Bertachini, 2004).

Essa mudança decorre do reconhecimento de que problemas no fim da vida muitas vezes se originam de questões não tratadas anteriormente, sejam elas biológicas ou psíquicas. A abordagem moderna abrange não apenas o alívio da dor, mas também as necessidades físicas, emocionais e espirituais dos pacientes, além de incluir o suporte aos familiares e cuidadores. Como um acréscimo muito necessário a definição atual da OMS também incorpora considerações específicas para cuidados paliativos pediátricos. (Pessini & Bertachini, 2004).

Sintomas não aliviados e angustiantes estão presentes na maioria dos pacientes em UTIs. Em um estudo prospectivo com pacientes de UTI em alto risco de morte, a prevalência de sintomas angustiantes variou de 27% a 75%. Delírio foi observado em cerca de um terço dos pacientes que puderam ser avaliados. (Puntillo et al., 2010).

Da mesma forma, os familiares expressaram grande angústia: 57% relataram estresse traumático, 70–80% tiveram ansiedade e tristeza, e houve sintomas físicos e emocionais, especialmente nos membros mais jovens da família. De acordo com esses resultados, as avaliações de cuidados paliativos devem começar o mais rápido possível para permitir medidas focadas destinadas a prevenir ou diminuir o sofrimento desnecessário. (McAdam et al., 2010).

Um estudo retrospectivo empregando pesquisas familiares, revisão de prontuários médicos e a abordagem da pessoa como um todo revelou que melhores avaliações de qualidade de bem-estar por pacientes e familiares estavam mais frequentemente ligadas a práticas de cuidados de fim de vida que preparam os pacientes para a morte, evitam o uso de agressões e os preparam para a morte. De acordo com esta pesquisa, os cuidados de fim de vida em unidades de terapia intensiva (UTIs) devem abranger mais do que apenas gerenciar a dor e os sintomas; também devem promover o respeito e a dignidade pelo processo de morrer — aspectos que frequentemente exigem competência em cuidados paliativos. (Mularski et al., 2005).

Estima-se que entre 14% e 20% dos pacientes em UTI atendam aos "gatilhos" típicos para consulta de cuidados paliativos. O envolvimento proativo de cuidados paliativos nas visitas de ronda da UTI para pacientes de alto risco foi associado a reuniões familiares mais precoces e a menor tempo de internação hospitalar, que contribuiria para o paciente e os familiares não se sentirem tão afastados. (Hinkle, Bosslet e Torke, 2015).

É interessante notar que, embora nem todas intervenções específicas tenham aumentado a satisfação das famílias na UTI, a comunicação de boa qualidade, o apoio à tomada de decisão compartilhada e medidas específicas de cuidado ao paciente foram associados a um aumento na satisfação com os cuidados de fim de vida. Assim, os princípios dos cuidados paliativos precisam ser obrigatoriamente aplicados nas UTIs. (Hinkle, Bosslet e Torke, 2015).

Mudar potencialmente seus arredores é algo que beneficia essas pessoas também. Pacientes que não são candidatos a terapias mais intensivas podem ser transferidos para um ambiente especializado em cuidados paliativos, onde técnicas de retirada de suporte de fim de vida são frequentemente empregadas por médicos treinados tanto em medicina paliativa quanto em cuidados paliativos. (Unger, 2016).

Essa modalidade, no entanto, não tem sido suficientemente relatada e é difícil de organizar, em parte porque os cuidados paliativos são frequentemente oferecidos em ambientes extra-hospitalares. Unidades de cuidados paliativos agudos podem facilitar o processo de transição de cuidados. Por exemplo, a retirada bem-sucedida do suporte ventilatório e a ocorrência de uma morte natural em casa foram possíveis graças ao suporte logístico da organização de cuidados paliativos e à experiência da equipe de cuidados paliativos. (Unger, 2016).

Em uma visão moderna, os principais domínios dos cuidados paliativos, como o alívio de sintomas angustiantes, a comunicação eficaz sobre os objetivos dos cuidados, a tomada de decisões centrada no paciente, o apoio ao cuidador e a continuidade dos cuidados em todos os ambientes, devem ser aplicados na UTI. (Nelson et al., 2010).

Os primeiros esforços de cuidados paliativos na UTI se concentram em melhorar a qualidade do processo de morte. No entanto, seu escopo se estende além disso, abrangendo também o atendimento às necessidades de pacientes que recebem terapias de suporte à vida e que devem sobreviver. As questões gerais de cuidados paliativos devem ser responsabilidade de todos os clínicos da UTI, que precisam ter conhecimento e habilidades básicas para o manejo de sintomas, técnicas adequadas de comunicação e capacidade de compartilhar a tomada de decisões com base nos valores, objetivos e preferências dos pacientes (também chamado de "modelo integrativo"). (Bassett et al., 2013).

De fato, especialistas em cuidados paliativos podem fornecer informações essenciais na UTI. Embora o manejo de sintomas tenha sido o motivo mais comum para consultas de cuidados paliativos (também chamado de "modelo consultivo"), a avaliação desses sintomas raramente foi documentada. Além disso, os consultores de cuidados paliativos se destacaram ao oferecer suporte espiritual e ao gerenciar os sintomas documentados. (Quill e Abernethy, 2013).

Infelizmente, a força de trabalho desses especialistas continua insuficiente para atender às crescentes demandas da população da UTI. Por essas razões, recomenda-se um modelo misto, no qual os cuidados paliativos primários, oferecidos pelos médicos da UTI, são combinados com os cuidados de médicos especialistas em cuidados paliativos e psicólogos especializados na área. (Quill e Abernethy, 2013).

Segundo Cremesp (2008) os profissionais da equipe de Cuidados Paliativos precisam desenvolver habilidades essenciais, como escuta ativa, suporte em relação aos limites do adoecimento e comunicação eficaz. Além disso, é fundamental que tenham conhecimento técnico das situações que enfrentarão com os pacientes e suas famílias, criando estratégias de enfrentamento para o fim da vida.

O psicólogo, como parte da equipe multidisciplinar, possui uma visão ampla que inclui não apenas os pacientes, mas também as famílias e a equipe, sendo importante que ele também receba cuidados, dado que as experiências de luto podem gerar sentimentos de frustração e impotência. (Cremesp, 2008).

A atuação do psicólogo é crucial para promover resiliência em uma equipe que lida com adoecimentos progressivos. É fundamental que, em conjunto com a equipe multiprofissional, o psicólogo desenvolva atitudes de respeito pela totalidade do paciente, considerando suas dores e necessidades. Visitas semanais aos pacientes são recomendadas para coletar dados que auxiliem na discussão de suas condições, permitindo, assim, cuidados mais abrangentes em aspectos físicos, emocionais e sociais. Nesse cenário, a comunicação torna-se essencial para garantir um atendimento eficaz tanto aos pacientes quanto aos seus familiares. (Cremesp, 2008).

3.4 ESTRATÉGIAS PARA FACILITAR A VIVÊNCIA DOS FAMILIARES DE PACIENTES EM FASE TERMINAL DE CÂNCER.

Segundo Costa, Tarabay, Antunes E Nakamoto (2009, apud Soares, Lara & Torres, Camila e Dimas, Fabiana, 2024), algumas medidas e estratégias para

enfrentar esse processo incluem a Psico-Oncologia, uma especialidade relativamente nova dentro da oncologia. Essa área envolve a atuação de psicólogos em diversas fases do câncer, desde a prevenção e diagnóstico até o tratamento e o pós-tratamento.

O psicólogo oncológico deve trabalhar em colaboração com a equipe multiprofissional que inclui médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros, assegurando uma comunicação eficaz. Isso permite que todos os membros da equipe compreendam a situação clínica do paciente, possibilitando uma abordagem mais integrada e efetiva no cuidado tanto do paciente quanto dos familiares Costa, Tarabay, Antunes E Nakamoto (2009, apud Soares, Lara & Torres, Camila e Dimas, Fabiana, 2024).

Como já apresentado anteriormente neste trabalho, a autora Kovács (1992) descreve em seus escritos que essa experiência, a pessoa passa por diversas etapas emocionais e utiliza recursos de enfrentamento para reestruturar suas emoções e compreensão da situação. Sendo o luto um processo complexo que resultante da perda de um ente querido impactando profundamente a vida do indivíduo. A adaptação à nova realidade pode exigir tempo e apoio, variando conforme a natureza da perda e o vínculo com a pessoa perdida. Compreender o luto como um processo de adaptação é essencial para reconhecer a necessidade de suporte emocional.

Para Noyes (1999) o enfrentamento envolve uma série de processos cognitivos, que são as maneiras pelas quais as pessoas percebem, interpretam e avaliam a situação que estão vivenciando. Isso inclui como elas pensam sobre a doença, as possíveis consequências e as opções de tratamento disponíveis. Além disso, o enfrentamento também abrange respostas comportamentais, que são as ações que os indivíduos escolhem realizar em resposta ao estresse. Essas ações podem variar desde buscar apoio social até adotar práticas de autocuidado.

As respostas emocionais desempenham um papel igualmente importante nesse contexto, pois os indivíduos podem experimentar uma ampla gama de sentimentos, como medo, ansiedade, tristeza e raiva, ao longo de sua jornada. O objetivo do enfrentamento é, portanto, administrar a crise, ajudando a reduzir ou, em alguns casos, a tolerar as demandas criadas pela situação estressora que enfrentam (Noyes, 1999).

Desenvolver habilidades de enfrentamento eficazes é essencial para a promoção do bem-estar psicológico dos pacientes oncológicos. Isso não apenas os ajuda a lidar com os desafios imediatos da doença, mas também contribui para uma melhor qualidade de vida ao longo de todo o processo. Assim, para Noyes (1999) a psico oncologia se concentra em fornecer suporte psicológico que capacite os pacientes a enfrentarem sua condição de maneira mais saudável e adaptativa.

Para Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), estratégias de enfrentamento são divididas em duas categorias principais. A primeira delas é o enfrentamento focalizado no problema, que se refere a abordagens que visam o manejo ou a modificação da situação que está causando estresse. O objetivo aqui é controlar ou lidar diretamente com a ameaça, o dano ou o desafio apresentado. Essas estratégias são, em geral, ativas e envolvem a busca de soluções para os problemas, além de um planejamento cuidadoso para enfrentar a situação. Exemplos incluem a pesquisa de informações sobre a doença, discussões sobre opções de tratamento e o estabelecimento de metas práticas para lidar com os desafios que surgem ao longo do tratamento.

A segunda categoria de enfrentamento é focada na emoção, que envolve a regulação da resposta emocional provocada pelo problema ou estresse. Nesse caso, o foco está em como a pessoa lida com as emoções geradas pela situação, em vez de tentar mudar a situação em si. Essas estratégias podem incluir atitudes de afastamento ou abordagens paliativas em relação à fonte de estresse. Exemplos disso são a negação, que pode levar a um estado de não reconhecimento da gravidade da

situação, e a esquiva, que se refere a evitar pensar ou falar sobre a doença (Seidl, Tróccoli e Zannon, 2001).

Já em outra perspectiva o autor Pessini (2002), relata que é necessário que o profissional possua um olhar sensível e compreensivo em relação às singularidades de cada paciente e seus familiares, com o objetivo de oferecer suporte adequado durante a situação de adoecimento. Nesse contexto, especialmente no que tange aos cuidados paliativos, o psicólogo se empenha em atender às demandas específicas de cada paciente. Por meio de uma escuta ativa, o profissional proporciona ao paciente o protagonismo em seu próprio processo de morrer.

Além disso, Silva (2016), traz que a possibilidade de perda que a família pode enfrentar exige que o psico-oncologista ofereça suporte não apenas ao paciente, mas também aos seus familiares e acompanhantes. O impacto emocional de um diagnóstico de câncer afeta profundamente toda a rede de apoio do paciente, tornando essencial um cuidado psicológico abrangente.

Este acompanhamento é fundamental para ajudar a família a lidar com o sofrimento emocional, o luto antecipatório e a adaptação a uma nova realidade que pode incluir a perda de um ente querido. O psico-oncologista trabalha para criar um espaço seguro onde os familiares possam expressar seus sentimentos, medos e ansiedades. Ao proporcionar estratégias de enfrentamento e resiliência, o profissional contribui significativamente para o bem-estar emocional da família, ajudando-a a navegar por esse período difícil com mais compreensão e apoio (Silva, 2016).

Em síntese, o enfrentamento do processo de terminalidade em psico-oncologia requer um olhar sensível e atento do profissional, tanto para o paciente quanto para seus familiares e amigos. É fundamental que o psicólogo oncológico utilize estratégias que promovam uma comunicação clara e honesta sobre todas as etapas do

adoecimento, permitindo que todos os envolvidos compreendam plenamente a situação (Silva; Araújo,2009).

Além disso, a criação de conexões grupais pode oferecer um importante suporte emocional, proporcionando um espaço onde as pessoas possam compartilhar suas experiências e encontrar conforto mútuo. A escuta ativa desempenha um papel crucial, permitindo que os indivíduos expressem seus sentimentos e pensamentos, o que ajuda na compreensão e aceitação da finitude (Porto e Lustosa, 2010)

O psicólogo deve ajudar a família e os amigos a tomarem consciência dos fatos, oferecendo estrutura e suporte necessários para que possam se organizar e adaptar à nova realidade e à iminente ausência do ente querido. Este apoio integral é essencial para facilitar o processo de luto e ajudar todos os envolvidos a encontrarem um caminho para seguir em frente com resiliência e serenidade (Silva, 2016).

A psicologia no contexto da saúde, especialmente no ambiente hospitalar, tem sido essencial nos últimos anos, permitindo uma abordagem holística do ser humano que vai além da dimensão físico-biológica. A psicologia hospitalar integra dimensões psíquicas, sociais e espirituais na assistência ao paciente, reconhecendo que o bem-estar está ligado à saúde mental, às relações sociais e às crenças espirituais. Intervenções psicológicas adequadas promovem resiliência, melhoram a qualidade de vida e facilitam a adaptação de pacientes e suas famílias. Assim, a psicologia tem humanizado o cuidado em saúde, proporcionando um atendimento integral e personalizado (Pessini & Bertachini, 2004).

Nessa linha de pensamento dos autores, Porto e Lustosa (2010), trazem um tipo de visão sobre essa questão das dimensões psíquicas, além de comentar sobre a "dor total" sendo uma experiência complexa vivida por pacientes terminais, englobando quatro dimensões principais: física, psíquica, social e espiritual. Cada

dimensão contribui de forma única para o sofrimento global, exigindo uma abordagem multidisciplinar e integrada para o manejo eficaz.

A dimensão da dor física é a mais visível e frequentemente mais intensa da dor total, resultando do câncer, tratamentos como quimioterapia e radioterapia, ou outras condições médicas, a importância do manejo adequado da dor física através de medicações analgésicas, intervenções médicas e cuidados paliativos. Controlar eficazmente essa dor melhora a qualidade de vida do paciente. O tratamento da dor física deve ser personalizado, equilibrando o alívio da dor com os possíveis efeitos colaterais dos tratamentos para manter a dignidade e o conforto do paciente (Porto e Lustosa, 2010).

A dimensão psíquica por outro lado envolve sofrimento emocional e psicológico, incluindo ansiedade, depressão, medo e angústia. Porto e Lustosa (2010) apontam que esses aspectos podem ser tão debilitantes quanto a dor física, exacerbando a percepção da dor total. O suporte psicológico e psiquiátrico, incluindo terapias e intervenções farmacológicas, é crucial, e em busca de uma recuperação total, indispensável.

Já a dor social refere-se ao impacto nas relações interpessoais e no papel social do paciente, destaca-se que o isolamento social e a perda de papéis sociais significativos podem intensificar a dor total. A intervenção social pode incluir apoio de assistentes sociais, grupos de apoio e facilitação da comunicação. O fortalecimento das redes de apoio é fundamental, promovendo a interação social ajudando a mitigar a dor social, oferecendo um senso de comunidade e pertencimento, assim minimizando o isolamento (Porto e Lustosa 2010).

Por último há a dor espiritual que envolve questões sobre o sentido da vida, crenças religiosas e a busca pela paz interior. O sofrimento espiritual pode ser significativo. O cuidado espiritual pode ser oferecido por capelães e conselheiros

espirituais, ajudando os pacientes a explorarem suas crenças. O suporte espiritual deve ser sensível às crenças individuais e culturais dos pacientes e familiares, ajudando-os a encontrar paz e significado, aliviando o sofrimento espiritual (Porto e Lustosa 2010).

Kovács (1992) enfatiza a importância dos grupos de apoio como uma estratégia eficaz de enfrentamento para pacientes terminais e seus familiares. Esses grupos oferecem um espaço seguro para a expressão de emoções, compartilhamento de experiências e apoio mútuo. A interação com outras pessoas que enfrentam situações semelhantes pode promover um sentimento de pertença e reduzir a sensação de isolamento. Além disso, os grupos de apoio ajudam a normalizar os sentimentos de tristeza, medo e ansiedade, permitindo que os participantes aprendam novas formas de lidar com a dor emocional e o luto.

Kübler-Ross (1985) destaca a terapia familiar como uma intervenção crucial para auxiliar na adaptação à perda iminente. A terapia familiar facilita a comunicação entre os membros da família, ajudando a resolver conflitos e a fortalecer laços emocionais. Isso é especialmente importante em momentos de crise, onde o apoio interno é fundamental.

Além disso, intervenções psicoeducativas, como a educação sobre o processo de luto e estratégias de coping, fornecem às famílias ferramentas práticas para enfrentar a dor e promover resiliência. A abordagem de Kübler-Ross, promove um ambiente de empatia e compreensão, onde cada membro da família pode encontrar suporte emocional e psicológico.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A revisão bibliográfica deste trabalho tem como objetivo analisar a importância da psicologia no tratamento do luto de familiares de pacientes em estado terminal de câncer. Para a realização dessa revisão, foram utilizadas fontes e bases de dados específicas, como SciELO, PePSIC, PUBMED e BVS, além de sites de instituições que publicam estudos sobre intervenção psicológica em cuidados paliativos.

A revisão bibliográfica é crucial para estabelecer a linha limítrofe da pesquisa que se pretende desenvolver. Esse processo envolve a análise e a síntese de trabalhos anteriores, ajudando a definir claramente os contornos e os objetivos do estudo. Segundo Dane (1990), uma perspectiva científica é essencial para garantir que a pesquisa esteja bem fundamentada e orientada.

Conforme o psicólogo e professor Francis C. Dane (1990), revisar a literatura existente, o pesquisador pode identificar lacunas, construir sobre o conhecimento existente e evitar duplicações desnecessárias. Portanto, a revisão bibliográfica não só orienta o desenvolvimento da pesquisa, mas também contribui para a sua relevância e rigor científico.

A escolha foi direcionada para trabalhos científicos publicados em periódicos de língua portuguesa/inglesa. Fontes e bases de dados foram por literatura relevante e foram adquiridas em bases de dados reconhecidas e fontes especializadas, a saber, como as citadas anteriormente. Essas plataformas foram selecionadas devido à sua credibilidade e à abrangência de suas coleções em psicologia, enfermagem, câncer e cuidados paliativos.

Além disso, foram consultados sites de organizações e instituições que promovem e publicam estudos sobre a intervenção psicológica em contextos de cuidados paliativos. A escolha de trabalhos em periódicos de língua

portuguesa/inglesa visa garantir a acessibilidade e a relevância cultural dos materiais revisados.

Os tipos de documentos foram artigos científicos, livros e monografias e a relevância de estudos que abordam diretamente a psicologia e a intervenção psicológica no contexto do luto familiar relacionado à pacientes em estado terminal de câncer. E publicações publicadas entre os anos de 1985 a 2024.

Os critérios para a exclusão dos materiais foram publicações que não estavam escritas em língua portuguesa/inglesa e trabalhos que não se enquadram como artigos científicos, livros ou monografias ou temas que não abordam especificamente a psicologia no tratamento do luto ou que não se concentram no contexto de pacientes terminais com câncer, além das datas de publicações que são anteriores a 1985 e que não contribuem para a análise desejada.

Para a busca de literatura, foram utilizados os seguintes descritores Psicologia; Luto; Tratamento do Luto; Cuidados Paliativos; Intervenção Psicológica; Oncologia; Família de Pacientes Terminais; Câncer em Estado Terminal

A estratégia de busca foi realizada através de combinações dos descritores mencionados nas bases de dados e sites selecionados. Foram utilizadas operações booleanas (AND, OR, NOT) para refinar os resultados e assegurar que a literatura encontrada estivesse alinhada com os objetivos da revisão.

Na questão de análise e seleção, foi realizada uma triagem dos títulos e resumos dos artigos e publicações encontradas para garantir a relevância. Estudos que não atendiam aos critérios foram excluídos nesta fase. Os textos selecionados foram lidos na íntegra para uma análise mais detalhada da relevância e contribuição para a revisão.

A extração de dados e informações relevantes foi extraída de 35 artigos, 3 livros e 2 monografias, incluindo a abordagem teórica, metodológica, resultados e conclusões sobre a intervenção psicológica no luto familiar.

As categorias de análise foram definidas para organizar e sintetizar os dados extraídos dos materiais revisados. As principais categorias incluíram teorias psicológicas e modelos de intervenção, abordagens teóricas e metodológicas utilizadas no tratamento do luto, efeitos e resultados das intervenções psicológicas sobre o luto dos familiares, desafios enfrentados na prática e estratégias eficazes identificadas na literatura e comparação entre diferentes abordagens e tendências emergentes na prática da psicologia em cuidados paliativos.

Durante a revisão, foram discutidas várias situações e pontos críticos, incluindo: a) Breve histórico sobre o processo do morrer; b) A ruptura da realidade provocada pela morte, que se torna evidente após um diagnóstico terminal; c) Cuidando da dor: a importância dos cuidados paliativos para pacientes e familiares; d) Estratégias para facilitar a vivência dos familiares de pacientes em fase terminal de câncer.

Em síntese dos dados coletados permitiu uma visão abrangente sobre a importância da psicologia no tratamento do luto de familiares de pacientes terminais de câncer, destacando as contribuições das práticas psicológicas e apontando áreas para desenvolvimento futuro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais deste trabalho reafirmam a importância do suporte psicológico no contexto oncológico, destacando seu papel essencial tanto no cuidado do paciente quanto no auxílio aos familiares durante o processo de luto. A experiência do câncer é repleta de desafios emocionais que podem ser debilitantes, tornando crucial a presença de profissionais de psicologia capacitados para oferecer intervenções adequadas.

Os dados e a literatura revisados ao longo da pesquisa indicam que o acompanhamento psicológico eficaz pode promover a resiliência e facilitar a adaptação dos indivíduos às mudanças trazidas pela doença e pela perda. A promoção de um espaço seguro para a expressão de emoções, o fortalecimento das conexões sociais e a implementação de estratégias de enfrentamento são ferramentas valiosas que ajudam a mitigar o sofrimento e a promover a saúde mental.

Além disso, é fundamental que as instituições de saúde reconheçam a necessidade de integrar o suporte psicológico nas práticas clínicas. Essa abordagem holística e multidisciplinar no cuidado oncológico pode contribuir significativamente para a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, tornando o processo de luto menos isolante e mais acolhedor.

Por fim, futuras pesquisas na área de psico-oncologia são necessárias para aprofundar a compreensão sobre as dinâmicas do luto e as melhores práticas de intervenção. A conscientização e a formação de profissionais da saúde sobre a importância do apoio psicológico no contexto oncológico são essenciais para garantir um cuidado mais completo e humanizado, refletindo a necessidade de tratar não apenas a doença, mas também o ser humano em sua totalidade.

REFERENCIAS

Araújo, P. V. R., & Vieira, M. J (2001). **As atitudes do homem frente à morte e o morrer**. Revista Texto e Contexto Enfermagem, 10 (3), 101-117. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6bzipjGXkBdsTsD89dGkKSVp/>. Acesso em: 13 de Ago. 2024.

ARAÚJO, M. M. T. DE .; SILVA, M. J. P. DA .. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 626–632, jun. 2012. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/PkND3TttB3sCS8d9jWQkLGQ/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso 19 de Out. 2024.

Ariès, P. (1990). **O Homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves. Acesso em: 15 de maio 2024.

BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo. **Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental**. Rev. bras.ter. cogn. vol.7 no.1, 2011.Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100007. Acesso em: 21 de ago. 2024.

Bolles, R. C. (1967). **Theory of motivation**. New York : Harper & Row. Acesso 24 de ago. 2024.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. DE S.. **Morte: uma visão psicossocial. Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 11, n. 2, p. 209–216, maio 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/PfSWjx6JP7NQBWhcMBXmnyq/abstract/?lang=pt>. Acesso em 22 de Abril 2024.

CARDOSO, Érika Arantes de Oliveira et al. Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. **Revista SPAGESP, Ribeirão Preto**, v. 19, n. 2, p. 1-12, jul./dez. 2018. Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200009. Acesso em: 16 out. 2024.

Hinkle LJ, Bosslet GT, Torke AM. **Factors associated with family satisfaction with end-of-life care in the ICU: a systematic review.** *Chest*. 2015;147:82–93. Disponível em: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)30237-3/abstract](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)30237-3/abstract). Acesso em: 20 de ago. 2024.

KOVÁCS, Maria Júlia; CASSORLA, Roosevelt Moisés Smeke, FREITAS, Laura Villares; MORATO, Henriette Tognetti Penha; CALAZANS, Rauflin Azevedo. **MORTE E DESENVOLVIMENTO HUMANO.** (Org.), Da morte. Campinas: Papyrus. 1992. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5746705/mod_resource/content/3/KOV%C3%81CS%2C%20M.%20J.%20-%20Morte%20e%20Desenvolvimento%20Humano.pdf. Acesso em: 30 de maio 2024.

Kubler-Ross E. **Sobre a morte e o morrer.** Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes; 1985. Acesso em: 30 de abril 2024.

MAGALHÃES, Marília Vieira; MELO, Sara Cristina de Assunção. **MORTE E LUTO: o sofrimento do profissional da saúde.** *Psicologia e Saúde em debate*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 65–77, 2015. Disponível em: <http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/7>. Acesso em: 16 de ago. 2024.

McAdam, Jennifer L.; Dracup, Kathleen A.; White, Douglas B.; Fontaine, Dorothy K.; Puntillo, Kathleen A.. **Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying.** *Critical Care Medicine* 38(4):p 1078-1085, April 2010. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/2010/04000/symptom_experiences_of_family_members_of_intensive.9.aspx. Acesso em: 20 de ago. 2024.

MLA: Ramos, Vera Alexandra Barbosa. **"O processo de luto."** *Revista Psicologia* 12.1 (2016): 13-24. NBR 6023:

Mularski RA, Heine CE, Osborne ML, Ganzini L, Curtis JR. **Quality of dying in the ICU: ratings by family members.** *Chest.* 2005;128:280–7. Disponível em: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)37958-7/abstract](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)37958-7/abstract). Acesso em 20 de ago. 2024.

Nelson JE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Cortez TB, Curtis JR, Lustbader DR, Mulkerin C, Puntillo KA, Ray DE, Weissman DE. **Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU project (improving palliative care in the ICU).** *Crit Care Med.* 2010;38:1765–72.

Pessini, L. (2004). A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In L. Pessini & L. Bertachini (Orgs.), **Humanização e cuidados paliativos.** (pp. 782-784). Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4NpLvMksCpWhKC4sDGFqVGB/?format=pdf&lang=pt>. acesso 17 de junho 2024.

Puntillo, Kathleen A.; Arai, Shoshana; Cohen, Neal H; Gropper, Michael A; Neuhaus, John; Paul, Steven M; Miaskowski, Christine. **Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying*.** *Critical Care Medicine* 38(11):p 2155-2160, November 2010. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/2010/11000/symptoms_experienced_by_intensive_care_unit.11.aspx. Acesso em: 20 de ago. 2024.

Quinaglia SE. **O presente de Prometeu: contribuição a uma antropologia da morte (e da vida)** [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/91516?show=full>. Acesso em: 30 de maio. 2024.

Rodrigues JC. **Tabu da morte. 2ª ed.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/91516?show=full>. Acesso em: 28 de julho 2024.

Ribeiro, E. E. (2008). **Tanatologia: vida e finitude.** Rio de Janeiro: Unati. Acesso 27 de set. 2024.

RAMOS, Vera Alexandra Barbosa. O processo de luto. **Revista Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 13-24, 2016. APA: Ramos, V. A. B. (2016). O processo de luto. *Revista Psicologia*, 12(1), 13-24. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1021.pdf>. Acesso em 11 de julho 2024.

SILVA, Érica Quinaglia. **Ideário da morte no Ocidente: a bioética em uma perspectiva antropológica crítica.** *Bioética*, Brasília, v. 31, n. 1, p. 1-12, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/NPvQ3WfCzbCZpZM9JpYz4TR/?lang=pt#ModalTutors>. Acesso em: 16 out. 2024.

Todorov, J. C.; Moreira, M. B. O conceito de motivação na psicologia. **Revista Brasileira de Terapias Comportamentais e Cognitivas**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 1-12, jun. 2005. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452005000100012. Acesso em: 16 out. 2024.

Unger KM. **Withdrawal of Ventilatory support at home on hospice.** **J Pain Symptom Manag.** 2016;52:305–12. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(16\)30051-3/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(16)30051-3/fulltext). Acesso em: 20 de ago. 2024.

VARGAS, Matheus Alves; NETTO, Aristóteles Mesquita de Lima. **REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO DE LUTO**, v. 1, n. 1, p. 98 - 102, jan. – jun. 2021.

Disponível

em:

<https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/intermedius/article/view/914/880>.

Acesso em: 22 de fevereiro 2024.

RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Otávio Rocha Maia, Estefani Queiti Santos.

CURSO: Psicologia

DATA DE ANÁLISE: 17.10.2024

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: **0,12%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet [▲](#)

Suspeitas confirmadas: **0,12%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados [▲](#)

Texto analisado: **92,96%**

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.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.9.4
quinta-feira, 17 de outubro de 2024

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho dos discentes OTÁVIO ROCHA MAIA n. de matrícula **40726**, ESTEFANI QUEITI SANTOS n. de matrícula **44188**, do curso de Psicologia, foi aprovado na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 0,12%. Devendo os alunos realizarem as correções necessárias.

Assinado digitalmente por: ISABELLE DA SILVA SOUZA
Razão: Responsável pelo documento
Localização: UNIFAEMA - Ariqueme/RO
O tempo: 17-10-2024 21:50:59

ISABELLE DA SILVA SOUZA
Bibliotecária CRB 1148/11
Biblioteca Central Júlio Bordignon
Centro Universitário Faema – UNIFAEMA