

## PSICO-ONCOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS: SOBRE(VIVENDO) AO PROCESSO DE MORTE

Recebido em: xx/xx/xxxx

Aceito em: xx/xx/xxxx

DOI: 10.25110/akropolis.vXXiX.2024-00000



Hellen Ortega Tonhato<sup>1</sup>  
Iraci Santana Fonseca Lemes<sup>2</sup>  
Shadya Eduarda Borges<sup>3</sup>  
Daiany Lara Massias Lopes Sgrinholi<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Paranaense - UNIPAR

<sup>2</sup> Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Paranaense - UNIPAR

<sup>3</sup> Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Paranaense - UNIPAR

<sup>4</sup> Professora do curso de Psicologia da Universidade Paranaense - UNIPAR

## PSICO-ONCOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS: SOBRE(VIVENDO) AO PROCESSO DE MORTE

**RESUMO:** O presente artigo apresenta definições e reconhecimentos à psicologia enquanto ciência, junto da psicologia hospitalar, onde há promoção de saúde mental e qualidade de vida, com uma abordagem humanizada. Além de elucidar o câncer e seus desdobramentos, visto que o câncer afeta profundamente a subjetividade e a imagem corporal dos pacientes. Com processo de morte, onde a vivência da terminalidade se apresenta como ruptura e um encerramento de um projeto existencial, psico-oncologia que surge como uma integração na psicologia com a medicina, que conecta os cuidados oncológicos com a psicologia. O trabalho com pessoas em cuidados paliativos requer consciência de que a pessoa está viva, mas em contato com a morte iminente, lidando com o processo de finitude segundo a perspectiva fenomenológica, o ser humano é definido por suas relações com o mundo e com os outros, e seu corpo é mais do que uma simples estrutura biológica, ele é um ponto de interação e experiência psicossomática, junto disso, os cuidados paliativos destacam-se como uma forma de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Sartre sugere que a morte é uma possibilidade que intensifica a liberdade e autenticidade no projeto de vida. Espera-se que as conclusões deste trabalho contribuam para a compreensão dos fenômenos e atravessamentos acerca da terminalidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fenomenologia Existencial; Psicologia Hospitalar; Psico-Oncologia; Cuidados Paliativos.

## PSYCHO-ONCOLOGY AND PALLIATIVE CARE: ABOUT (LIVING) THE DEATH PROCESS

**ABSTRACT:** This article presents definitions and recognitions of psychology as a science, along with hospital psychology, where mental health and quality of life are promoted, with a humanized approach. In addition to elucidating cancer and its consequences, since cancer profoundly affects patients' subjectivity and body image. With a death process, where the experience of terminality presents itself as a rupture and closure of an existential project, psycho-oncology emerges as an integration between psychology and medicine, which connects oncological care with psychology. Working with people in palliative care requires awareness that the person is alive, but in contact with imminent death, dealing with the process of finitude according to the phenomenological perspective, the human being is defined by his relationships with the world and with others, and your body is more than a simple biological structure, it is a point of interaction and psychosomatic experience. Along with this, palliative care stands out to improve the quality of life of patients and their families. Sartre suggests that death is a possibility that intensifies freedom and authenticity in the life project. It is hoped that the conclusions of this work will contribute to the understanding of the phenomena and transitions surrounding terminality.

**KEYWORDS:** Existential Phenomenology; Hospital Psychology; Psycho-Oncology; Palliative Care.

## **PSICO-ONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS: SOBRE(VIVIENDO) AL PROCESO DE MUERTE**

**RESUMEN:** El presente artículo presenta definiciones y reconocimientos de la psicología como ciencia, junto con la psicología hospitalaria, donde se promueve la salud mental y la calidad de vida, con un enfoque humanizado. Además, elucida el cáncer y sus repercusiones, dado que el cáncer afecta profundamente la subjetividad y la imagen corporal de los pacientes. Con el proceso de muerte, donde la vivencia de la terminalidad se presenta como una ruptura y el fin de un proyecto existencial, la psico-oncología surge como una integración de la psicología con la medicina, conectando los cuidados oncológicos con la psicología. El trabajo con personas en cuidados paliativos requiere la conciencia de que la persona está viva, pero en contacto con la muerte inminente, enfrentando el proceso de finitud. Según la perspectiva fenomenológica, el ser humano se define por sus relaciones con el mundo y con los demás, y su cuerpo es más que una simple estructura biológica, es un punto de interacción y experiencia psicosomática. Junto con esto, los cuidados paliativos se destacan como una forma de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Sartre sugiere que la muerte es una posibilidad que intensifica la libertad y autenticidad en el proyecto de vida. Se espera que las conclusiones de este trabajo contribuyan a la comprensión de los fenómenos y los cruces en torno a la terminalidad.

**PALABRAS-CLAVE:** Fenomenología Existencial; Psicología Hospitalaria; Psico-Oncología; Cuidados Paliativos.

### **1. INTRODUÇÃO**

A Psicologia no Brasil foi constituída como profissão e reconhecida pela lei nº 4.419 de 27 de agosto 1962, a emenda dispõe sobre os cursos de graduação em Psicologia e de toda regulamentação em torno do profissional da Psicologia (BRASIL, 1962). O profissional em psicologia visa refletir acerca dos acontecimentos e fenômenos que atravessam cada ser, promovendo liberdade, dignidade, integridade, buscando promoção de saúde mental, potencialização na qualidade de vida, atuando com responsabilidade, analisando de maneira crítica e singular a política, economia, sociedade e cultura. (CFP, 2005).

De acordo com Schneider (2011), o mundo se constitui e se transforma, através do homem; se não existisse o homem, teríamos, somente, a realidade dada e pronta, já que o ser humano está inserido em um processo de relações, estabelecendo significações, ordenamentos, assim, organizando a sua realidade, tornando-a humana, este homem está inserido em um processo de relações, dessa forma, o sujeito é um conjunto de relações: ou seja, o ser-em-relação, forma como os seres existem em relação aos outros e ao mundo ao seu redor, com seus contextos socioculturais e antropológicos.

De acordo com a análise do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA (2016), um dos grandes desafios é construir um modelo no qual os saberes não se limitados a uma disputa de forças, mas que tenha distribuição e somem seus conhecimentos a favor do sujeito adoecido, não somente da doença ou do sujeito, entendendo o corpo como uma construção histórica e social, começamos uma discussão voltada para o âmbito dos pacientes oncológicos.

Todas as doenças possuem aspectos biológicos, psicológicos, socioculturais e econômicos implicados. Em conformidade com o INCA (2016), o câncer é uma doença que se desenvolve silenciosamente, onde se tem pacientes que, no momento do diagnóstico, apresentam poucos sintomas ou nenhum, quando ocorre o diagnóstico, o sujeito é inserido no processo terapêutico que o corpo vai começar a ser afetado, muitas vezes o tratamento oncológico por si só é agressivo, cirurgia, quimioterapia e radioterapia, e faz com que o paciente seja objeto de inúmeras intervenções invasivas e dolorosas, que afetam seu corpo, sua subjetividade, personalidade, autoestima, alteração de imagem, volume corporal, essas intervenções e seus efeitos marcam o paciente, como um rótulo, modificando sua imagem corporal e, assim, atualizam o status de “sujeito doente”.

Com isso, o INCA (2016) recorda e ressalta que o cuidado oncológico transpõe as ações e serviços de saúde, pressupondo que, nos espaços para promoção da saúde, lida-se com sujeitos, suas vidas, histórias e, perspectivas de cuidado produzidas de modo único, o cuidado em saúde não pode ser subjugado aos procedimentos, diagnósticos, às rotinas e aos protocolos.

A atuação do profissional em psicologia dentre da área hospitalar perpassa por diversos caminhos, buscando a humanização, como ressalta Campos (1995), a humanização do atendimento abrange desde a indicação do diagnóstico, internação, a orientação médica e a assistência que o paciente pode receber, incluindo o atendimento de sua família, assim os objetivos do psicólogo em sua atuação hospitalar devem abranger a assistência psicológica a pacientes e seus familiares, buscando alívio emocional, reduzindo os impactos da hospitalização, causando uma presunção, não dando uma garantia do futuro, entretanto, caminhando o sujeito para sua autonomia, tomada de decisão, estratégias de enfrentamento para lidar com o processo de adoecimento sem se perder de si no processo, visando se manter autêntico em seu projeto de ser.

Sartre (2014), a autenticidade é o ato de ser reconhecido, no plano de sua autenticidade total, onde o homem é um ser que a essência é precedida pela existência,

no viés da psico-oncologia busca ajudar pacientes a enfrentar a doença com uma visão mais clara de suas próprias escolhas e valores, a confrontar a realidade de suas situações com honestidade, e a encontrar significado e satisfação mesmo diante da adversidade, seja essa os cuidados paliativos ou até mesmo, a morte.

No livro “O Ser e o Nada” do filósofo Jean-Paul Sartre, ele vê a morte como uma possibilidade de projeto-de-ser [...] é absurdo que tenhamos nascido, é absurdo morrermos; por outro lado, esta absurdidade se apresenta como alienação permanente de meu ser--possibilidade, que não é mais minha possibilidade, mas a do outro” (SARTRE, 2015, p. 991), em suma, para Sartre, a morte é uma possibilidade que destaca e intensifica a importância da liberdade e da autenticidade no projeto-de-ser, onde a consciência da finitude impõe uma reflexão profunda sobre a natureza de nossas escolhas e ações. A morte, longe de ser apenas um fim, é um elemento essencial que molda e define o projeto-de-ser.

## **2. ASPECTOS CONCEITUAIS DA PSICOLOGIA HOSPITALAR E DA SAÚDE**

A ciência é composta por um conjunto de estudos e conhecimentos sobre fatos ou fatores da realidade, que são expressos de forma impreterível e sistemática. Bock (2018), apresenta a Psicologia, sendo parte da ciência humana, considerando seu objeto de estudo o ser humano e sua subjetividade, contribuindo para a compreensão da totalidade humana. A autora ressalta que o papel do psicólogo vai ao encontro do trabalho para promover saúde, aproximando a pessoa da compressão de suas ações no mundo que contribuem para as mudanças históricas e sociais. Com isso, seguindo o início dos estudos no campo da filosofia de Jean-Paul Sartre na fenomenologia existencial, que compreendeu a pertinência do saber psicológico no conceito do ser do homem hodierno, o ser humano é definido pelas relações que estabelece com o mundo ao seu redor, incluindo seu corpo, outros indivíduos e a sociedade (SCHNEIDER, 2011).

O corpo é seu primeiro contato com o mundo, e a consciência permite essas interações. Sartre enfatiza que a existência vem antes da essência, sugerindo que a identidade é formada por essas relações. Schneider (2011), traz que a relação com a materialidade é a primeira condição que atravessa o sujeito em sua existência, é importante para Sartre porque é se relacionando com o mundo material que se expressa a liberdade, que ampara na definição do Ser. Na filosofia de Sartre, a consciência e a

liberdade são cruciais para a construção da identidade e das relações com o mundo. O corpo é um meio de comunicação, mas pode gerar desconforto quando é percebido como objeto pelos outros, no que Sartre chama de “olhar do outro” (SARTRE, 2015). Segundo Van Den Berg (1981), o corpo pode ser compreendido de forma abstrata, fora de seu contexto e de sua experiência psicofísica. Esse conceito é similar ao que o psiquiatra chamaria de “o corpo que tenho” e ao que Sartre (2015) denomina “corpo como ser-para-o-outro”.

Na temporalidade para Sartre refere-se à maneira como os seres humanos experienciam o tempo, segundo o filósofo, vivenciamos o tempo de forma subjetiva, por meio de nossa consciência e se torna fundamental para a compreensão da experiência humana e da própria liberdade.

Assim, sou meu passado (que é o que é) e meu futuro (que não é ainda) enquanto presença no mundo. A dinâmica temporal desenvolve-se como processo de totalização perpétua da minha experiência nessas três dimensões. Vejamos melhor: o passado é implicado constantemente pelo futuro, na medida em que quando lá, em outro momento da minha história, eu já desejava ser alguém assim ou assado, já tinha um projeto definido ou em constituição. Ou seja, a força do passado advém do futuro. É a antecipação que faço da publicação do meu livro, por exemplo, que faz com que eu valorize o tempo que passo escrevendo, que me realize por ter escolhido trabalhar com esse autor, com este tema. Não é o passado que empurra o presente; é, na verdade, o futuro que move a história, que lhe imprime forças de realização. É o acontecimento futuro que produz certas implicações materiais, sociológicas, objetivas que ativam as forças do passado e afetam o sujeito (SCHNEIDER, 2011. p.126-127).

O existencialismo na psicologia aborda questões profundas sobre a temporalidade, a morte e o projeto de ser, tendo a noção de que somos seres temporais confrontando com a finitude da vida e influência como percebemos o mundo e a nós mesmos. A consciência da morte pode nos levar a refletir sobre o significado da existência e o que desejamos realizar durante esse tempo que passamos aqui. Segundo Schneider (2011), o projeto de ser se caracteriza por essa busca do sujeito em realizar plenamente o seu ser, já que está sempre indo em direção ao seu futuro.

Na dimensão ontológica do ser humano, a morte é a negação da existência e de todos os projetos, o ato de morrer, além da dimensão biológica, contém uma dimensão simbólica, apresenta-se carregada de valores e significados, cada ser constrói sua representação de morte, dependendo de sua tradição cultural, familiar, no decorrer da

história a morte apresentava um significado, para entendermos melhor o conceito de morte, devemos retomar antes dela, o conceito de saúde. Segundo Sartre (2015, p.980): “[...] Assim, a morte jamais é aquilo que dá à vida seu sentido: pelo contrário, é aquilo que, por princípio, suprime da vida toda significação”.

A saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), que a define com um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade, o conceito de saúde vem sendo analisados diante da evolução histórica e seu desenvolvimento social, cultural, político e econômico e só a partir deste momento que se tem o reconhecimento de saúde como direito e obrigação do Estado.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças (SCLAR, 2007, p. 30).

Ao longo da história, as concepções sobre saúde e doença evoluíram significativamente. Na perspectiva mágico-religiosa, influenciada pelo cristianismo, a doença era considerada resultado de pecados ou maldições, e a cura se dava por meio de rituais, orações e simpatias. Com Hipócrates (460-377 a.C.), surge a teoria dos quatro fluidos, que via o ser humano como uma unidade organizada, e a doença como sua desorganização, marcando o início da visão biomédica. Galeno ampliou essa abordagem ao relacionar doenças a desequilíbrios internos, enquanto Paracelsus introduziu a ideia de agentes externos como causas das enfermidades, contribuindo para o desenvolvimento da alquimia. Na modernidade, René Descartes apresentou o dualismo corpo-mente, tratando o corpo como uma máquina, o que influenciou a visão quantitativa da saúde, priorizando cuidado e prevenção. Após a Carta de 7 Princípios da OMS, em 7 de abril de 1948, e as intervenções da ONU em 1945, o conceito de saúde foi ampliado, promovendo uma mudança de paradigma que deslocou o foco da doença para a saúde. Assim, a saúde passou a ser entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade, reconhecendo a importância das realidades sociais e das desigualdades que afetam a saúde.

Com os avanços tecnológicos e científicos, chegou-se ao modelo de saúde como potência de vida, onde a articulação de saberes começa a ser do interesse da população,

conhecimento e profissionais multidisciplinares, objetivo de tratamento não é só mais a remissão, mas a reabilitação e potencial ativo, reencontrar a nossa forma ativa. Posteriormente a concepção dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), tendo a criação da lei nº 8.080/90, a lei do Sistema Único de Saúde (SUS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, da Comissão sobre DSS da OMS, em 2005, em 2006, a criação da Comissão Nacional de DSS, onde os programas de saúde com base na comunidade e com participação ativa da sociedade, os DSS, são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, saúde-doença-cuidado.

Junto com as evoluções da medicina e das mudanças de vida em sociedades, a concepção de morte também mudou, muitas vezes, ao deparar-se com a morte iminente pode remeter ao sujeito a retomada de sua própria história, em alguns casos o resgate desta história pode ser gratificante e ter reconhecimento de si, e para outras a retomada pode ser um fardo, lhe trazendo angústia existencial, vale ressaltar que o processo de reformulação do projeto-de-ser não depende somente da história construída, mas também das dimensões que o seu adoecimento e processo de morte, neste momento, é demarcado o papel da psicologia hospitalar, que segundo Simonetti (2016), se concretiza pelo campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento, esses sendo manifestações da subjetividade humana, tais como: sentimentos, desejos, fala, pensamentos e comportamentos, fantasias e lembranças, crenças, sonhos, conflitos, estilo de vida.

O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um “real”, de natureza patológica, denominado “doença”, presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família ou na equipe de profissionais (SIMONETTI, 2016, p. 15).

A psicologia hospitalar não trata apenas das doenças psíquicas denominadas psicossomáticas, mas, dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença. Simonetti (2016) traz que, toda doença manifesta aspectos psicológicos, expressam subjetividade, enfatizando a parte psíquica, mas levando em consideração a realidade orgânica e epistemológica, sempre questionando qual a reação diante dessa demanda, é uma



realidade de perdas, perde-se saúde, autonomia, tempo, dinheiro e muitas coisas vivências, isso, quando não se perde a própria vida.

A partir do olhar da fenomenologia existencial no contexto da psicologia hospitalar, é possível observar que o adoecimento pode provocar no sujeito uma ruptura com a experiência vivida, a angústia do futuro e de seu projeto-de-ser. Assim, ao ter seu corpo diagnosticado com uma enfermidade, o sujeito passa a vivenciar seu ser psicofísico, Para Schneider (2011), relação com o corpo é uma condição existencial fundamental, uma vez que o ser humano é, inevitavelmente, uma união de corpo e consciência. Assim, ele representa a integração dessas duas dimensões do seu ser. O corpo configura nossa conexão inicial com o mundo e é a base essencial para a psique. As vivências psicológicas, como as emoções, estão intrinsecamente ligadas ao corpo, expressando-se de forma física.

O corpo, portanto, é um mediador essencial na interação do sujeito com o mundo. O INCA (2016) enfatiza que é comum que os pacientes vivenciem sentimentos de fragilidade, angústia, ansiedade, raiva, medo, inseguranças, impotência, despersonalização, perda de autonomia e pensamentos sobre a morte e finitude de vida, a partir de alguns tipos de diagnóstico, o paciente começa um processo de doença-cuidado, com presença de dores, exames, tratamentos cirúrgicos, tratamentos intensivos, efeitos colaterais diversos, sendo afetado em todas as dimensões da sua existência.

Conforme discutido por Langaro e Schneider (2021), a compreensão do sujeito busca-se elucidar seu projeto de ser, ou seja, com uma redução fenomenológica dos fenômenos e atravessamentos vivenciados nas relações que o sujeito estabelece, que constituem o contexto biopsicossocial, mediante a isso, o processo de adoecimento institui uma realidade inexplorada, que obriga o sujeito se constituir em meio às incertezas da concretização do seu projeto-de-ser.

### **3. TRAJETÓRIAS DO CÂNCER: HISTÓRIA, DIAGNÓSTICO, PROGNÓSTICO E ASPECTOS PSICO-ONCOLÓGICOS DA FINITUDE**

De acordo com o INCA (2020), etimologicamente, a palavra câncer vem do grego *karkinos* (caranguejo), o teve a primeira utilização por Hipócrates (460-377 a.C), se tem relatos de casos nas múmias egípcias, atualmente o câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Uma célula normal pode sofrer mutações

genéticas, ou seja, alterações no DNA de seus genes, as células que seu material genético é alterado passam a receber instruções erradas, podem surgir em qualquer parte do corpo, alguns órgãos são mais afetados, e cada órgão pode ser acometido por tipos diferentes de tumor.

O processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor. A carcinogênese é determinada pela exposição a esses agentes, em uma dada frequência e período e pela interação entre eles. Devem ser consideradas, no entanto, as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação do dano celular (INCA, 2020, p. 18).

O risco de câncer em uma determinada população pode depender de suas condições sociais, ambientais, políticas, econômicas, características biológicas, causas externas (cigarro, bebida, vírus) e causas internas (hormônios, condições imunológicas, mutações genéticas), fatores de risco modificáveis (cigarro, alimentação inadequada, inatividade física, obesidade, álcool, radiação, entre outros), fatores de risco não modificáveis (idade, etnia ou raça, hereditariedade). Uma célula normal pode sofrer mutações genéticas, ou seja, alterações no DNA de seus genes, as células que seu material genético é alterado passam a receber instruções erradas, podem surgir em qualquer parte do corpo, alguns órgãos são mais afetados, e cada órgão pode ser acometido por tipos diferentes de tumores (INCA, 2020).

A sintomatologia pode começar assintomática, o início de sintomas pode variar de acordo com o local e o tipo de câncer, de acordo com a análise de Aguiar et al., (2019), podem existir sinais como a presença de massas ou nódulos, dificuldade para deglutição, perda de peso que não são justificáveis, presença de aftas que demoram para cicatrizar, alteração nos hábitos intestinais, sangramentos anormais, manchas na pele, pode ser consideradas suspeitas no surgimento de neoplasias.

O diagnóstico e tratamento dependem de uma avaliação da extensão do comprometimento do organismo, por isso é essencial a rede de serviços de saúde, o diagnóstico é feito a partir do histórico clínico, exames físicos, exames de imagem, análises laboratoriais, cirurgias e biópsias, de acordo com dados do INCA (2020), para a realização de um tratamento adequado, é necessário a investigação da história progressiva

e clínica do paciente, exames físicos detalhados, exames endoscópicos, broncoscopia, endoscopia, laparoscopia, exames de imagem como ressonância magnética, ultrassonografia, e demais métodos, técnicas e exames para fechamento de diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Quando do diagnóstico, muitas são as incertezas vividas pelo paciente, pela família e pela equipe de saúde. Afinal, não se sabe qual será o fim. Trabalha-se com as chances e as estatísticas não costumam trazer acalento aos corações angustiados com o diagnóstico. O aparecimento dos sinais físicos, o medo das mutilações, as fantasias acerca da Inter visibilidade da doença, a ideia constante da morte rondando, a mudança da imagem corporal e das funções sociais, a preocupação com os custos são apenas algumas das ideias que rondam o paciente. São diversas as perdas, em especial da vida tida como normal, da rotina que era seguida até então. Em consequência, vários lutos são experimentados - luto pela perda dos sonhos relativos ao futuro, dos planos, das metas delineadas. O diagnóstico, portanto, é uma grande ameaça ao destino (AGUIAR et al., 2019, p. 09).

Para dar início ao tratamento do paciente, o INCA (2020), informa que as principais formas de tratamento são: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, uma abordagem multidisciplinar integrada, às ações de controle e tratamento do câncer não se restringem à prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento, e envolve também os cuidados paliativos. Podendo ser usadas em conjunto, variando de acordo com o tipo de neoplasia e tratamento.

O estudo epistemológico do câncer perante a psicologia é de suma importância e total relevância, segundo Aguiar et al. (2019), a Psico-Oncologia emerge como um campo essencial dentro da psicologia contemporânea, dedicado ao estudo das interações entre processos psicológicos e o câncer. É uma área do conhecimento da psicologia da saúde aplicada aos cuidados com o paciente com câncer, sua família e os profissionais envolvidos no seu tratamento, se consolidando como ferramenta para melhorar a qualidade de vida do paciente, facilitando e intermediando o enfrentamento da doença e oferecendo apoio aos familiares e à equipe.

Conforme discutido nas elaborações de Kubler-Ross (1969), a sociedade caminhou apresentando diferentes formas de lidar com a morte, já que encará-la significa uma ruptura e um encerramento de um projeto existencial. Conforme abordado por Sartre (2010), o próprio da morte é que ela surpreende antes do tempo aqueles que esperam por tal e qual data. A ideia principal é que a vida humana sempre se desenrola sob a chance

da inexistência. Entender a morte apenas como um evento natural e biológico é insuficiente, pois essa visão omite o aspecto essencial da morte, crucial para compreender sua ligação com a vida.

Assim como o nascer, a morte faz parte do processo de vida do ser humano. Portanto, é algo extremamente natural do ponto de vista biológico. Entretanto, o ser humano caracteriza-se também e, principalmente, pelos aspectos simbólicos, ou seja, pelo significado ou pelos valores que ele imprime às coisas. Por isso, o significado da morte varia necessariamente no decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas (COMBINATO e QUEIROZ, 2006, p. 210).

A morte faz parte do processo de desenvolvimento humano e está presente no cotidiano, além do contexto sócio-histórico que está inserido na negação da morte, conforme Combinato e Queiroz (2006), para o ser humano, o ato de morrer, além de um fenômeno biológico, também sobre influências de uma dimensão simbólica, apresenta-se como um fenômeno impregnado de valores e significados dependentes do contexto sociocultural e histórico em que se manifesta.

Isso contrasta muito com uma sociedade em que a morte é encarada como tabu, onde os debates sobre ela são considerados mórbidos, e as crianças afastadas sob pretexto de que seria “demais” para elas. Costumam ser mandadas para a casa de parentes, levando muitas vezes consigo mentiras não convincentes de que “mamãe foi fazer uma longa viagem” ou outras histórias incríveis. A criança percebe algo de errado e sua desconfiança nos adultos tende a crescer à medida que outros parentes acrescentam novas variantes ao fato, evitam suas perguntas e suspeitas ou cobrem-na de presentes como um mero substituto de uma perda que não pode atingi-la. Mais cedo ou mais tarde, a criança se apercebera de que mudou a situação familiar e, dependendo de sua idade e personalidade, sentirá um pesar irreparável, retendo este incidente como uma experiência pavorosa, misteriosa, muito traumática, com adultos que não merecem sua confiança e com quem não terá mais condição de se entender (KUBLER-ROSS, 1969, p. 12).

O desenvolvimento das sociedades industriais e o avanço técnico científico revelam as diversas mudanças da relação do sujeito com a morte. A revolução higienista radicalizou a separação entre vivos e mortos de um modo que a presença entre estas duas condições passaram a serem vistas como perigosa, possível de contaminação, trazendo mudanças fundamentais na maneira como o ser humano passou a ser compreendido. Em seu processo, emerge o ser humano individualizado, permitindo-o pensar e sentir como um ser autônomo. O processo de adoecimento nesse contexto deixou de produzir, já que a modernidade e o capitalismo aumentaram o desenvolvimento e demanda de trabalho, o

que significa vergonha da inatividade, que deve ser ocultada do mundo social (COMBINATO e QUEIROZ, 2016).

O fenômeno da morte foi discutido em vários momentos da evolução humana, dos acontecimentos históricos, contexto socioeconômico, cultural e religioso. Diante disso, a concepção da morte apresentada por Fontana (2020), reflete uma situação limite, como um avesso irremissível de possibilidades. Bem como explica Sartre (2015), a morte é interiorizada como ‘última’, ou seja, é também pensada como a última das possibilidades do meu para-si, a morte não é minha possibilidade, porque ela é assumir como se já não houvesse mais possibilidade. Sartre diz: “...a morte não me atinge” (SARTRE, 2015. p. 993), a morte é apenas a afirmação de ausência de possibilidades, ausência de projeto, ela é afirmação do nada.

#### **4. PSICO-ONCOLOGIA, CUIDADOS PALIATIVOS E VIVÊNCIAS DE TERMINALIDADE**

A psicologia da saúde é um campo específico da psicologia, com foco principal na promoção e manutenção da saúde, além da prevenção e do tratamento de doenças. A psico-oncologia está inserida na psicologia da saúde, onde estuda as práticas e os aspectos psicológicos do câncer, abordando as respostas emocionais dos pacientes, familiares e médicos, além de considerar os fatos comportamentais e sociais que influenciam o risco que a doença traz consigo. Para Baptista, Dias e Baptista (2018), a psico-oncologia foi moldada pela evolução tanto da psicologia quanto da medicina. Ela se estabelece como uma área de atuação que conecta a Oncologia, responsável pelo estudo do câncer com a psicologia, que abrange o cuidado com a saúde mental.

Trata-se da área que intersecciona a Oncologia e a Psicologia, visando ao bem-estar do paciente com câncer, assim como sua qualidade de vida. Cabe aos profissionais dessa área a assistência a paciente, familiares e profissionais de saúde envolvidos em todos os momentos que estão relacionados com a doença (prevenção, diagnóstico, tratamento, cura ou cuidados paliativos) (BAPTISTA; DIAS; BAPTISTA, 2018, p. 61).

Segundo Maria Tereza Veit (2022), em sua essência, a psico-oncologia coloca as pessoas como prioridade, não a doença. Trata-se de indivíduos que vivem, amam, sofrem, se realizam, e que em determinados momentos, podem tanto cuidar quanto receber cuidado. Com toda certeza essas pessoas podem adoecer, a psico-oncologia enfatiza que

elas possuem uma doença, mas não se transformam na doença. Tal visão se baseia em dois pilares principais: a compreensão da integralidade do ser humano, visto como um todo absoluto e indivisível, e o reconhecimento de que o sofrimento causado pelo câncer afeta não apenas o paciente, mas também toda a sua família. A origem da psico-oncologia, se deu a partir dessa compreensão ampliada do câncer (ONCO ENSINO, 2022).

A psico-oncologia no Brasil, foi criada a Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (SBPO) em 1994, e com a Portaria 3.535/98 onde o Ministério da Saúde determina como presença obrigatória profissionais da psicologia nos centros de atendimento de oncologia cadastrados no SUS (BRASIL, 1998).

Portanto, garantindo suporte contínuo ao paciente e seus familiares ao longo de todo processo de adoecimento e tratamento, enfrentando situações estressantes ou até mesmo traumáticas relacionadas ao tratamento da doença, como a duração prolongada dos tratamentos, a intensidade dos medicamentos e seus efeitos adversos, os procedimentos médicos invasivos e dolorosos, as mudanças comportamentais do paciente, reabilitação e, em alguns casos, a morte (ONCO ENSINO, 2022).

De acordo com INCA (2015), ao adoecer, a pessoa frequentemente perde o interesse pelo mundo externo e volta sua energia para si mesma, em um processo de regressão, o processo de terminalidade da psico-oncologia com pacientes em cuidados paliativos, ameaça à integridade do indivíduo, expondo sua fragilidade e a possibilidade de destruição.

Nesse olhar da terminalidade, devemos conhecer sobre os cuidados paliativos e seus atributos, assim, buscando melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, contribuindo ao acesso às informações, suporte, tratamento de dor e outros sintomas de ordem biopsicossocial e espiritual, que aliviam o sofrimento (ONCO ENSINO, 2022). Os cuidados paliativos focam em melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças graves, aliviando o sofrimento através do tratamento da dor e de problemas físicos, emocionais e espirituais.

O trabalho com pessoas em cuidados paliativos requer consciência de que a pessoa está viva, mas em contato com a morte iminente, lidando com o processo de finitude do Ser-no-mundo, ou seja, possuir um corpo e uma consciência, através dos quais formas relações que definem sua existência, conforme Schneider (2011).

Segundo Langaro e Schneider (2021), os cuidados paliativos buscam proteger a pessoa desde o diagnóstico, intensificando a assistência em seu último período de vida,

resguardando-a de sofrimentos evitáveis, de forma singular, nesse processo cabe às equipes oferecer suporte para as tomadas de decisão, expressão de sentimentos, dúvidas, elaboração dos processos de luto, mediações e diálogos, reatar laços, realizar despedidas, encerrar pendências, enfrentamento do processo de morrer, auxílio para encerramento de pendências, desejos do paciente e de sua família, à equipe também poderá oferecer mediações familiares para possibilitar as reflexões sobre a história de vida, desejos, escolhas do projeto-de-ser, que ainda há vida para ser vivida, trazendo e mediando a ideia que ainda se tem um futuro a ser moldado, independente do tempo.

Apesar dos esforços das ciências, a morte permanece uma certeza inevitável, desafiando o ideal de cura e preservação da vida., de acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2012) existem princípios que regem os cuidados paliativos como; promoção do alívio da dor e dos outros sintomas, sendo crucial um conhecimento específico das prescrições dos remédios, reafirmar a vida e não acelerar nem adiantar a morte, os cuidados paliativos trazem de volta a perspectiva da morte como parte de um processo natural. Com isso, cabe também a integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado com o paciente, as perdas das capacidades básicas que podem se revelar em sentimentos como angústia e depressão, interferindo na evolução da doença.

Desse modo, podemos igualmente citar o suporte ao paciente, encorajando-o a viver de forma ativa e não simplesmente viver na espera da morte. “Seremos facilitadores para a resolução dos problemas dos nossos pacientes é nosso dever e responsabilidade” (ANCP, 2012, p. 28). No mesmo sentido, oferecer suporte psicológico para auxiliar os familiares no processo de doença do paciente, visando que a família também necessite de acolhimento já que vivencia o sofrimento junto ao paciente. Com isso, deve-se compreender também a necessidade do atendimento multiprofissional, especialmente no processo de luto dos familiares após morte do paciente.

Ademais, é importante considerar o início precoce do tratamento junto com outras medidas que prolonguem a vida, como radioterapia e quimioterapia, incluindo ainda compreender as necessidades específicas de cada sujeito, prevenindo complicações inerentes à doença. Sendo assim, “[...] uma boa avaliação embasada nos exames necessários, além da definição da capacidade funcional do paciente são indispensáveis para a elaboração de um plano integral de cuidados, adequado a cada caso e adaptado a cada momento da evolução da doença” (ANCP, 2012, p. 29). Lidar com a morte, seja

como paciente, familiar ou profissional, é sempre um desafio, especialmente na cultura brasileira, onde a morte é frequentemente associada a dor e sofrimento. Os cuidados paliativos devem cobrir todas as fases da doença, desde o diagnóstico até o pós-luto, em paralelo ao tratamento clínico. Para pacientes terminais, é essencial incluir o cuidador familiar no processo de cuidado.

O paciente em cuidados paliativos enfrenta diversas limitações em decorrência da doença, que muitas vezes tornam a medicação específica menos eficaz, resultando em dores constantes. Em alguns casos, a dor atinge um nível tão forte que, mesmo com altas doses de remédios, o alívio não é completo. Isso gera não apenas assombro e angústia do paciente, que sofre com tanta dor, mas também frustrações perante o desafio de alcançar o alívio do sofrimento, afirma o INCA (2015).

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2012) a noção de "dor total", desenvolvida na década de 1960 pela médica inglesa Cecily Saunders, destaca a importância da ação do psicólogo ao entender que, além das causas naturais, a dor é influenciada por fatores emocionais, sociais e espirituais. Essa conduta sustenta que não existe um organismo biológico isolado dos estados psíquicos. Nos Cuidados Paliativos, essa elaboração é desenvolvida para incluir o conceito que abrange não apenas a dor, mas também outros sintomas, como ansiedade, depressão, distúrbios do sono, vômito e dispnéia, nos quais fatores psicológicos também desempenham um papel significativo.

A morte alcança a todo o ser vivente, mas nunca estamos preparados para aceitá-la. Criados para a vida, alimentamos a esperança de perpetuá-la. Por essa razão, é tão difícil lidar com pacientes em processo de morte. Nós vemos o nosso retrato neles. Mesmo sendo quase uma rotina no hospital, nunca nos acostumamos com ela (CARVALHO e PARSONS, 2012, p. 364).

Com a introdução do conceito de Cuidados Paliativos, um dos seus princípios, cita o cuidado espiritual desempenhando um papel crucial. Esse cuidado ajuda a aliviar sintomas, reafirma a vida, considera a morte como um processo natural, integra aspectos psicossociais e espirituais, e oferece suporte ao paciente e à família durante toda a doença. A fé é um apoio importante para enfrentar os momentos mais difíceis da vida, como a doença e a morte.

Oferecer o atendimento espiritual como parte do serviço de saúde é permitir ao beneficiado expressar seus sentimentos e emoções conversando abertamente sobre a morte e morrer e ajudando-o a



participar de todas as decisões referentes a seu tratamento e aos desejos finais. (...) O Cuidado Paliativo reconhece que a “cura espiritual e emocional” pode ocorrer mesmo quando a cura física ou a recuperação se tornam impossíveis. Muitas pessoas gravemente enfermas ou em fase terminal falam sobre terem descoberto uma riqueza e o preenchimento do vazio de suas vidas que elas nunca haviam encontrado antes (CARVALHO e PARSONS, 2012, p. 365).

Como dito, os cuidados paliativos estão presentes desde o diagnóstico, e até mesmo depois da morte. Envolve assim, cuidados para pacientes em rápido declínio funcional e irreversível, focando no controle dos sintomas, prevenção de complicações finais, alívio da agonia e evitação de tratamentos fúteis. O Manual dos Cuidados Paliativos (2012) destaca que os últimos momentos de vida não são apenas uma extensão do processo de morte. Embora não haja uma definição exata sobre o início desse período, é crucial reconhecer o aumento dos sintomas e adaptar o planejamento de cuidados e tratamento adequadamente.

Observa-se que o ser humano não está preparado para lidar com a finitude. Esse processo nos leva a pensar sobre a qualidade de nossa vida e de nossas relações, visto que a morte marca o fim do ciclo vital. Nesse contexto, os Cuidados Paliativos representam a recuperação do cuidado valioso, proporcionando espaço para que pacientes e familiares vivam e morram de forma significativa, atuando como participantes ativos no processo ao lado da equipe de saúde.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A psico-oncologia oferece uma visão ampla do acompanhamento a pessoa em tratamento de uma doença, enfatizando e trazendo à tona a saúde mental e emocional, possibilitando a integração do bem-estar psicológico e das atividades do cotidiano, compreendendo a pessoa de forma mais humana, a partir de todo seu meio antropológico e sociológico, não apenas como uma coleção de sintomas físicos e um diagnóstico.

A partir dessa compreensão, todas as informações são necessárias para o cuidado integral a pessoa com diagnóstico oncológico, ou seja, o cuidado paliativo evoca um manto protetor, promovendo vida segura no adoecer, até a finitude.

Ressalta-se então, a importância de uma conduta em conjunto de uma equipe no tratamento de pacientes oncológicos, possibilitando um laço entre cuidados paliativos oncológicos, psico-oncologia e psicologia. A psico-oncologia analisa os efeitos psicológicos do câncer e suas terapias, enquanto a psicologia oferece uma compreensão

mais profunda das necessidades emocionais e comportamentais dos pacientes. Os cuidados paliativos, por sua vez, visam aliviar a angústia e melhorar a vida que o paciente ainda tem, incluindo seus componentes físicos e psicológicos do tratamento.

Assim, como resultado, o encontro entre essas disciplinas é vital para fornecer suporte completo, atingir o bem-estar físico e mental do paciente, fazendo assim que ele reencontre seu projeto existencial, não se definindo apenas pelo diagnóstico e encontrando vida nos processos de finitude.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. A. F. *et al.* **Psico-oncologia: caminhos de cuidado**. 1ª. ed. São Paulo: Summus, 2019. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br> Acesso em: 13 ago. 2024.
- BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R.; BAPTISTA, A. S. D. **Psicologia Hospitalar Teorias, aplicações e casos clínicos**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 399 p.
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias, uma introdução ao estudo de psicologia**. 15ª. ed. São Paulo. Editora Saraivas S.A, 2018. 370 p.
- BRASIL. Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. **Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamentação da profissão do psicólogo**. Diário da União, Brasília DF, 27 ago., 1962. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/////LEIS/1950-1969/L4119.htm](https://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/////LEIS/1950-1969/L4119.htm). Acesso em: 19 ago. 2024.
- \_\_\_\_\_. Portaria nº 3.535/98, de 02 de setembro de 1998. **Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia**. Diário da União, Brasília DF, 02 set., 1998. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535\\_02\\_09\\_1998\\_revog.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html) Acesso em: 19 ago. 2024.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do Câncer, abordagens básicas para o Controle do Câncer**. 2ª. ed. Rio de Janeiro. Serviço de Edição e Informação Técnica-Científica/CEDC, 2012.
- BRETON, D. L **A sociologia do corpo**. 2ª. ed. Petrópolis. Editora Vozes. 2006. 101 p.
- CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária, 1995. 104 p.
- COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: Uma visão Psicossocial. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/PfSWjx6JP7NQBWhcMBXmnyq/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 19 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **RESOLUÇÃO CFP Nº 010/2005** – Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo, 2005. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp>. Acesso em: 19 ago. 2024.

CARVALHO, R.T.; PARSONS, H.A. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP** Ampliado e atualizado 2ª. ed. [s.l.: s.n.], 2012. Disponível em:<<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>>.

FONTANA, V. F. Sartre: O Existencialismo em Torno da Morte. **AUFKLÄRUNG**. João Pessoa, v.7, n.3, set/dez, 2020. p.99-110. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/arf/article/view/55296> Acesso em: 20 ago. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Cadernos de Psicologia: O corpo na perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 130 p.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de psicologia: Os tempos em hospitais oncológicos**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 194 p.

\_\_\_\_\_. **ABC DO CÂNCER: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2020. 114 p.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo. Editora Martins Fonte, 1969. 195 p.

LANGANO, F.; SCHNEIDER, D. R. Contribuições do Existencialismo Sartriano aos Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista do Nufen**, Belém, v.13, n.2, p.17-40, jan./abr., 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912021000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912021000100003). Acesso em: 28 jul. 2024.

ONCO ENSINO. **Psico-Oncologia. Aula 1: Introdução a Psico-oncologia**. Brasil: 2022. 1 vídeo (22:52). Disponível em: [Psico-Oncologia: Aula 1: Introdução a Psico-oncologia \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=...). Acesso em: 20 de ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatórios sobre a saúde no mundo**. Organização Mundial da Saúde. Genebra: Autor. Disponível em: [Organização Mundial da Saúde \(OMS\) \(who.int\)](https://www.who.int/). Acesso em 24 jul. 2024.

SARTRE, J-P. **O Existencialismo é um Humanismo**. 4ª. ed. Petrópolis. Editora Vozes (Vozes de Bolso), 2014. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 20 ago. 2024.

SARTRE, J-P. **O Ser e o Nada**. 24ª. ed. Petrópolis. Editora Vozes, 2015. 1.169 p.

SCHNEIDER, D. R. O homem como ser-no-mundo. In: SCHNEIDER, D. R. **Sartre e a Psicologia Clínica**. Florianópolis. Editora UFSC, 2011, p.114-147.

\_\_\_\_\_. **Sartre e a Psicologia Clínica**. Florianópolis. Editora UFSC, 2011. 292 p.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. [s.l.: s.n.], 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 24 jul. 2024.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar, o mapa da doença**, 8<sup>a</sup>.ed. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2016. 201 p.

VAN DEN BERG, J. H. **O paciente psiquiátrico**: esboço de psicopatologia fenomenológica. São Paulo: Mestre Jou, 1981. 140 p.

VEIT, M. T.; CARVALHO, V. A. Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 526–530, 1 out., 2010.