

A MORTE PERANTE O TRATAMENTO PALIATIVO DO CÂNCER

*Amanda Cristhie de Oliveira Monteiro
Fausto Rocha Fernandes*

RESUMO: O câncer representa em um conjunto de mais de uma centena de doenças, com características de crescimento desequilibrado das células que invadem tecidos e órgãos, com possibilidades de migração para diversas partes do corpo. O objetivo geral desta pesquisa busca conhecer e analisar a percepção da morte em pacientes e familiares que enfrentam o tratamento paliativo. Cuidado paliativo é a abordagem que tem como objetivo promover a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças que põem em risco a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física e psicossocial. O psicólogo, ao atuar com paciente em cuidados paliativos, acessa informações sobre sua saúde, possibilitando através de perguntas diretas sobre os significados de vida e morte, a elaboração dos momentos chaves que deram significado à vida. Nesse contexto de Cuidados Paliativos surge a ideia da “Boa Morte”, essencial no tratamento do doente em fase terminal é definida como o processo de morte que protege o paciente, sua família e cuidadores do sofrimento. Este artigo realizou-se através de pesquisa bibliográfica. Com o diagnóstico de câncer, a vida parece desmoronar junto com todos os projetos, expectativas, desejos e conquistas. Uma doença potencialmente fatal constitui perda da ilusão. Analisou-se neste estudo que o câncer é uma doença muito temida pela sociedade. Seu diagnóstico já vem carregado com uma carga muito grande de desestabilização emocional. Tanto do paciente quanto da família.

Palavras chave: Câncer. Tratamento Paliativo. Terminalidade.

1. INTRODUÇÃO

O câncer representa em um conjunto de mais de uma centena de doenças, com características de crescimento desequilibrado das células que invadem tecidos e órgãos, com possibilidades de migração para diversas partes do corpo. Mesmo com os avanços tecnológicos que oferecem a descoberta precoce e tratamentos realizados com sucesso, esta patologia ainda está fortemente ligada à indução da fatalidade. A doença acarreta diversas mudanças físicas que afetam diretamente a imagem corporal do paciente e o rompimento com a rotina prévia. Todos esses fatores refletem várias alterações psicológicas e emocionais aos doentes e aos familiares (PIRES ET AL., 2019).

O diagnóstico de câncer provoca um impacto profundo no paciente e seus familiares, podendo ser percebido como sinônimo de morte. A partir do diagnóstico de câncer fica aberto um longo caminho, o do tratamento, que pode ser incerto, doloroso, prolongado, modificando o pensamento do paciente e de seus familiares. Um caminho que vai marcar seu corpo, chocar a família, fazendo com que, muitas vezes, os

próprios amigos se afastem. Pode ocorrer mudança nos planos do paciente e de seus familiares, em especial diante da possibilidade de morte (BOSSONI ET AL., 2009).

A morte estabelece um dos maiores enigmas da história da humanidade. A morte decerto é a mais universal das experiências e sua representação na vida do ser difere entre as culturas. Evidência que desde nossa concepção enquanto sujeitos, aprendemos a lidar com duas visões de morte: em primeiro momento a do outro, que nos remete a uma relação à angústia da separação; e em segundo, a concepção da própria morte, a qual vem seguida de uma consciência de fim, que é constantemente negada como um mecanismo de defesa, devido ao sofrimento gerado em falar de algo desconhecido e inevitável (FERREIRA; RAMINELLI, 2012).

O termo "palliare" tem origem no latim e significa proteger, amparar, cobrir, abrigar, ou seja, a perspectiva do cuidar e não somente curar. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidados paliativos são definidos como cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, e o controle de sintomas torna-se prioridade (DINIZ ET AL, 2006).

A filosofia dos cuidados paliativos: a) afirma a morte como um processo normal do viver; b) não apressa nem adia a morte; c) procura aliviar a dor e outros sintomas angustiantes; d) integra os aspectos psicológicos, sociais e espirituais no cuidado do paciente; e) disponibiliza uma rede de apoio para auxiliar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até sua morte; f) oferece um sistema de apoio para a família do paciente na vivência do processo de luto.

É errônea a suposição de que não há mais nada a se fazer pelo paciente sem possibilidades de cura: enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado. Neste sentido, a atuação da equipe é primordial e indispensável para proporcionar o máximo de conforto ao paciente sob cuidados paliativos, ajudando-o a vivenciar o processo de morrer com dignidade, para que utilize, da melhor forma possível, o tempo que lhe resta. Isto significa ajudar o ser humano a buscar qualidade de vida, quando não é mais possível acrescentar quantidade (ARAÚJO; SILVA, 2007).

O problema nesse estudo é o sofrimento do paciente e da família perante a morte, dessa maneira o psicólogo precisa buscar o melhor caminho para que esse sofrimento amenize, trazendo tranquilidade a todos os envolvidos na situação. O objetivo geral desta pesquisa busca conhecer e analisar a percepção da morte em pacientes e familiares que enfrentam o tratamento paliativo. Os objetivos específicos tendem, analisar como o paciente reage ao saber que enfrentará um tratamento paliativo; avaliar como o paciente enfrenta a morte e avaliar quais os sentimentos da família perante o tratamento paliativo do ente querido. Como enfrentar o fim da própria existência na terra? Esse sentir e perceber a finitude será a questão

norteadora do presente estudo de análise.

Essa pesquisa traz como justificativa pessoal à obtenção do conhecimento específico sobre o tema, fomentando um possível embasamento para desenvolver novas pesquisas e trabalhos, envolvendo a aceitação da morte perante um tratamento paliativo, aceitação própria e da família. Como justificativa social, ela busca compreender; como a aceitação da morte pode interferir na qualidade de vida do paciente e de seus entes. Busca ainda como justificativa científica contribuir bibliograficamente com os acervos relacionados a pesquisas sobre o tratamento paliativo e a morte. A pesquisa será delimitada, terá somente pesquisas bibliográficas, a qual poderá ser avaliado vários autores que defendem a importância da aceitação do tratamento paliativo e da morte como consequência da doença, para a excelência nos dias findos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Câncer

Ao longo da história brasileira, o câncer foi visto de diversas formas. De tumor maligno e incurável à neoplasia, de tragédia individual à problema de saúde pública. Sua história foi marcada pelo incessante esforço da medicina em controlá-lo pela via da prevenção, aliada ao uso das mais modernas tecnologias médicas de tratamento. No entanto, as dificuldades técnicas para a cura de muitas de suas formas, o alto custo das tecnologias empregadas com esse objetivo e seu caráter individual mostram-se como limitadores da ação terapêutica, fazendo com que a doença se vincule cada vez mais ao campo da prevenção e da saúde pública (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

No século XIX e primeiras décadas século XX, o câncer era considerado contagioso e associado a falta de limpeza, a sujeira física e moral. A imundície das cozinhas, a sujeira das fábricas, a desordem verificada nas ruas das cidades, povoadas de cães e gatos vadios, a proliferação assustadora de ratos e insetos daninhos por toda a cidade, compunham um quadro deprimente, provocando toda sorte de doenças, entre as quais, acreditava-se, estava o câncer. Além disso, concebia-se que a doença poderia ser contagiosa entre os amantes dos excessos do prazer, principalmente no caso das mulheres, nas quais o adoecimento era resultado de "pecados e vícios", em especial nas práticas sexuais (SILVA, 2008).

Durante os anos 30 e 40, a argumentação de cunho moral continua em evidência, porém, mesclando-se com hipóteses novas advindas da observação da vida moderna nas grandes cidades brasileiras que começam a se industrializar. Outros fatores predisponentes ao câncer começam a ser

sublinhados, tais como a ingestão de alimentos com produtos químicos, o hábito de fumar, o excesso de trabalho e o aumento de preocupações cotidianas (SILVA, 2008).

As primeiras iniciativas para o controle do câncer no Brasil remontam ao início do século 20, orientadas quase que exclusivamente para o diagnóstico e tratamento. Pouca ênfase era dada à prevenção, pela escassez de conhecimento sobre a etiologia da doença. Na opinião dos especialistas em oncologia, deveria haver uma preocupação maior com a prevenção e o diagnóstico precoce, com o que concordavam os cirurgiões (BARRETO, 2005).

A necessidade de ampliar as ações na luta contra o câncer levou à criação, em 1941, do Serviço Nacional de Câncer (SNC), cujos objetivos eram organizar, orientar e controlar a doença no País. Foi relevante, também, a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), cujas funções eram atender às questões de saúde em áreas estratégias militares e econômicas (BARRETO, 2005).

A partir de meados do século XX essa situação começou a se transformar. Os promissores tratamentos surgidos, ainda no início do século, começaram a se sofisticar, se mostrando mais eficazes, ao mesmo tempo em que a prevenção pelo diagnóstico precoce entrou na ordem do dia da medicina. No entanto, o maior conhecimento da doença e o surgimento de alguma esperança no tratamento dos acometidos também ampliavam a compreensão da extensão do mal, de suas diversas faces e da limitada capacidade da medicina em domá-lo, intensificando com isso o temor da sociedade, que passou a ver o câncer como o flagelo da modernidade (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

As primeiras instituições de incentivo à pesquisa datam do alvorecer do século XX (TEIXEIRA; FONSECA, 2007). Transformado em preocupação do campo médico a partir do início do século XX e em objeto de atuação da saúde pública no alvorecer da década de 1920, o câncer passaria também a ser alvo das atenções dos grupos sociais que neste período se voltavam para a ação filantrópica. Num contexto de valorização da saúde como redenção do País, setores de nossa elite econômica, sob a influência dos ideais do campo médico, passam a apoiar iniciativas em relação ao câncer como forma de complementar a atuação estatal (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

Ao longo dos anos, observou-se um aumento da incidência e prevalência da doença no mundo, o que contribuiu para a compreensão da extensão e gravidade da patologia, despertando o interesse pela comunidade científica. Com os avanços do conhecimento e possibilidades de tratamento começaram a promover congressos internacionais sobre a temática, onde discutiam a incidência, os tratamentos e perspectivas em diversas partes do mundo (NUNES; RODRIGUES, 2012).

A doença crônica pode produzir consequências como dor, desconforto, baixa autoestima, incerteza

quanto ao futuro, ideias suicidas, medos, pânico, transtornos gerais e específicos de conduta, dificuldades no relacionamento familiar e interpessoal, ansiedade, depressão, entre outros. O sofrimento emocional associado a essas doenças, se ignorado, pode acarretar redução significativa na qualidade de vida do paciente e de seus familiares e afetar de forma negativa a adesão aos tratamentos de reabilitação (SCANNAVINO ET AL, 2013).

Mesmo com os grandes avanços tecnológicos na área da saúde, o câncer avança como uma das principais causas de morte em todo o mundo, prevendo-se um aumento de 14 milhões de novos casos diagnosticados em 2012, para 22 milhões de novos casos anuais nas próximas duas décadas. A estimativa para o Brasil no biênio 2018-2019 é de cerca de 600 mil novos casos da doença para cada ano, sendo este um importante problema de saúde pública (Instituto Nacional de Câncer, 2017) (SANTOS; SERRALTA, 2019).

Apesar da progressiva evolução dos tratamentos de combate ao câncer, em alguns casos a doença se mostra refratária à terapêutica, havendo assim uma mudança nos objetivos: de medidas curativas, para medidas paliativas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende que as ações paliativas devem iniciar no momento do diagnóstico de doença que ameaça a vida, ganhando destaque à medida que o controle ou remissão da doença não são mais possíveis. Cuidado paliativo (CP) não é sinônimo de terminalidade, embora esse tipo de cuidado englobe também esses pacientes. CP é uma abordagem que visa a melhora na qualidade de vida do paciente e seus familiares, preconizando a prevenção ou alívio do sofrimento, através de tratamento para a dor e outros sintomas, além de suporte psicossocial e espiritual. Nesse sentido, as ações de CP buscam que esses pacientes possam viver tão ativamente quanto possível até a sua morte, compreendendo-a como parte do ciclo vital, e oferecendo as condições necessárias para a sua aceitação. Essas práticas devem priorizar e respeitar os sentimentos, desejos e escolhas do paciente e possibilitar uma adequada comunicação entre todos os envolvidos no processo (SANTOS; SERRALTA, 2019).

2.2 Tratamento Paliativo

O marco da transformação da assistência paliativa ocorreu na Inglaterra, quando Cecily Saunders, médica e fundadora do St. Christopher Hospice, em 1967, priorizou o cuidado a esses pacientes como atribuição da equipe que deveria empenhar-se em aumentar a qualidade de vida dos pacientes e familiares que lutavam com uma doença crônica degenerativa (NUNES; RODRIGUES, 2012).

Cuidado paliativo é a abordagem que tem como objetivo promover a qualidade de vida dos

pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças que põem em risco a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (NUNES; RODRIGUES, 2012).

Apesar das inúmeras discussões que o tema suscita, importa não esquecer que o maior desafio ético em jogo ainda é considerar as questões não resolvidas da dignidade da vida antes de abordar o direito à dignidade da morte. Visto que a qualidade da morte repete a qualidade da vida que se teve, as considerações devem ir além da dimensão físico-biológica e da perspectiva médico-hospitalar, incluindo os aspectos sociais e psicológicos do indivíduo (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Para se definir a prática dos cuidados paliativos é fundamental que se tenha uma abordagem multidisciplinar que produza uma assistência harmônica, onde o foco é amenizar e controlar os sintomas de ordem física, psicológica, social e espiritual e não de buscar a cura de determinada doença. Trata-se de oferecer ao paciente qualidade de vida, enquanto vida houver (FERREIRA ET AL, 2011).

Para os pacientes sem perspectiva de cura, a doença é incurável e a morte se apresenta como inevitável e próxima. Entretanto, esses pacientes podem viver horas, dias ou até mesmo meses. Portanto, são necessárias novas formas de cuidado, com foco na qualidade de vida. Nesses casos, são indicados os cuidados paliativos, que devem ser utilizados em doenças crônicas e são mais presentes no câncer devido ao impacto que o diagnóstico ainda apresenta (GURGEL; LAGE, 2013).

Tomando como referência os princípios que regem a filosofia dos Cuidados Paliativos, poderiam ser considerados mais diretamente como norteadores da prática do psicólogo: a promoção do controle da dor e de outros sintomas estressantes; o trabalhar a questão da morte como um processo natural; o oferecimento de um sistema de suporte à família, que possibilite a exata compreensão do processo da doença em todas as fases; oferecer um sistema de suporte que permita ao paciente viver tão ativamente quanto possível, na busca constante para manter sua autonomia; integrar o aspecto clínico com os aspectos psicológico, familiar, social e espiritual ao trabalho; unir esforços de uma equipe multidisciplinar para oferecer o cuidado mais abrangente possível; ter sempre em foco que a melhora da qualidade de vida pode influenciar positivamente no tempo que resta ao doente e que o cuidado deve ser iniciado precocemente (FERREIRA ET AL, 2011).

Um dos aspectos defendidos nos cuidados paliativos é o apoio que deve ser oferecido à família do paciente. A infinidade de emoções vivenciadas pelo paciente e sua família ante a morte. Todos sentirão algum grau de impacto da doença e, conseqüentemente, perturbações emocionais, e muitas mudanças, e estas são mais do que físicas, são também sociais, psicológicas e espirituais (GUIMARÃES; LIPP, 2011).

O cuidador informal, que, habitualmente, é um familiar, é considerado o núcleo fundamental de apoio em todo o processo da doença. Os membros familiares de pacientes oncológicos podem necessitar de cuidados psicológicos e/ou psiquiátricos, principalmente quando esse familiar é o cuidador principal. Daí, a preocupação com a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida desse cuidador (GUIMARÃES; LIPP, 2011).

Visto que, em alguns casos, os pacientes, bem como seus familiares, não questionam os médicos sobre a doença, o psicólogo pode atuar no esclarecimento de dúvidas dos pacientes sobre a enfermidade ou servir de mediador com os médicos. Oferecer atendimento no leito, quando preciso for, acompanhar as angústias e tentar, de alguma forma, através da escuta qualificada, identificar demandas para atendimento psicológico são algumas atividades que o psicólogo pode realizar (GURGEL; LAGE, 2013).

Para os pacientes sob cuidados paliativos, o relacionamento humano é a essência do cuidado que sustenta a fé e a esperança nos momentos mais difíceis. Expressões de compaixão e afeto na relação com o outro trazem a certeza de que somos parte importante de um conjunto, o que traz sensação de consolo e realização, além de paz interior (ARAÚJO; SILVA, 2007).

O atendimento desse tipo de cuidado se dá em diferentes regimes e/ou modalidades: enfermaria, ambulatório, hospice, interconsulta e visita domiciliar. Segundo a American Medical Association a atenção paliativa pode ser fornecida na casa do paciente ou em um local destinado para pacientes na fase final da vida, para tornar o processo de morte mais confortável. No caso de cuidados paliativos a pacientes terminais, a decisão sobre o local da morte, seja em hospital ou em domicílio, deve ser feita em conjunto com a família, previamente discutida com a equipe e consideradas as condições e recursos de apoio, como estrutura domiciliar, familiar e do cuidador (MELO ET AL, 2013).

2.3 A terminalidade do paciente oncológico

A palavra morte vem do latim *mortem* e que significa interrupção definitiva da vida de um organismo; fim da vida humana; intenso sofrimento, grande dor e angústia. O sentimento suscitado diante da morte é da ordem do irrepresentável. As pessoas afastam a morte como maneira de preservar a vida, é exigido um controle, a dor não pode ser vivenciada porque a sociedade não suporta enfrentar a morte (ZENI; FAVA, 2013).

Nas sociedades antigas fazer a passagem da vida para a morte de forma confortável era natural e considerada como um processo que não necessitava de intervenção, onde o foco cultural e religioso

estava em encontrar um significado à morte, dando-lhe um lugar abrangente na experiência humana. Com o avanço da ciência e tecnologias no cuidado à saúde, produziu-se a ideologia de salvar vidas e o sentido de cuidar confundiu-se com o de curar. Assim, a morte é vista como um fracasso, algo que deve ser evitado a qualquer tempo e custo. Isso se reflete também nas ações de saúde, com a futilidade diagnóstica e a obstinação terapêutica, gerando custos desnecessários (MELO ET AL, 2013).

Embora a expectativa de vida da população tenha aumentado nos últimos anos, a sobrecarga de doenças crônico-degenerativas também tem sido prevalente, e cada vez mais, refletir sobre o processo de morte do doente se faz necessário, não apenas para se enfrentar a doença e prolongar o tempo de vida, mas principalmente, para garantir que o doente tenha um final de vida digno e desfrute de uma “qualidade de morte” (OLIVEIRA ET AL, 2020).

O diagnóstico de câncer tem, geralmente, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que quase sempre ocorrem. Portanto, a atenção ao impacto emocional causado pela doença é imprescindível na assistência ao paciente oncológico (SILVA, 2008).

O adoecimento gera crises e momentos de desestruturação. Apesar dos avanços científicos, de acordo com a literatura, o conceito de câncer ainda representa para grande parte de nossa sociedade o ícone de morte, destruição, punição e mistério, o que pode tornar essa conotação negativa desfavorável para o desenvolvimento de atitudes preventivas. Receber o diagnóstico de câncer amedronta e faz sofrer paciente e família, exige uma adaptação, controle do sofrimento emocional e tomada de decisões para o tratamento. Tal diagnóstico impõe ao paciente questões fundamentais de sua existência e adquire um significado para o paciente formado a partir de vivências individuais e do convívio com a doença, baseado na representação social que essa doença possui tanto no grupo familiar quanto nos outros grupos a que o indivíduo está inserido (ZENI; FAVA, 2013).

O impacto inicial da doença crônica gera ansiedade e medo, não só no indivíduo doente, mas também em sua família, e esses sentimentos podem ser expressos na forma de raiva, tensão, incredulidade e negação prolongada, prejudicando uma adaptação bem sucedida. Enquanto algumas famílias se distanciam pela doença de um membro, outras têm o relacionamento ainda mais fortalecido, fato percebido pela aproximação emocional e pela reação participativa dos membros. Em particular, o câncer pode representar uma “doença familiar”, porquanto seu impacto afeta imediatamente o funcionamento da família, os papéis desempenhados pelos membros e os

relacionamentos (FERREIRA ET AL, 2010).

Discutir sobre o processo que conduz a uma “boa morte” deve ser prioridade entre os profissionais de saúde, os cuidadores e familiares. É importante notar que desde a antiguidade o tratamento das pessoas frente à morte sempre foi de isolamento. Com o passar dos anos e frente ao avanço da medicina e das tecnologias, a morte passou a ser tratada como algo que pudesse ser evitado, ao menos por um tempo, e afastado da consciência das pessoas. Os indivíduos passaram a buscar alívio na possibilidade de a ciência controlar os processos naturais, desconsiderando assim aquilo que seria inevitável (OLIVEIRA ET AL, 2020).

Nesse contexto de Cuidados Paliativos surge a ideia da “Boa Morte”, considerada essencial no tratamento do doente em fase terminal. A “boa morte” é definida como o processo de morte que protege o paciente, sua família e cuidadores do sofrimento evitável, de forma que ocorre em concordância com os desejos do paciente e da família, considerando as normas clínicas, a ética e o padrão cultural (OLIVEIRA ET AL, 2020).

Pacientes com doenças sem possibilidades de cura experimentam várias perdas ao longo do tratamento, além de estarem expostos aos efeitos colaterais que podem gerar desconfortos e frustrações. E ainda dependendo do momento, podem afetar o humor, a funcionalidade e a capacidade do paciente em lidar adequadamente com a situação. Nesse sentido, o desenvolvimento do movimento de cuidados paliativos, ao não prolongar o processo de morrer, cria o espaço favorecedor de despedidas, de preparação para a separação e de um pensar na vida daqueles que sobreviverão (MELO ET AL, 2013).

O psicólogo também deve estar presente na equipe de cuidados paliativos, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos. A presença do psicólogo é necessária desde a entrada do paciente e da família no hospital. No primeiro momento, já é possível identificar, nos pacientes e/ou nos familiares, uma demanda psicológica. O psicólogo, durante os atendimentos, é capaz de interpretar os significados e, a partir disso, trabalhar com o paciente um maior comprometimento e uma melhor compreensão da doença. Assim, este profissional pode atuar na prevenção, no diagnóstico, no tratamento, na alta e nos cuidados paliativos (GURGEL; LAGE, 2013).

Segundo Gurgel e Lage (2013), para os pacientes sem perspectiva de cura, a doença é incurável e a morte se apresenta como inevitável e próxima. O paciente ou a família podem viver o luto antecipatório. Esse tipo de luto pode tornar mais dolorosa a aceitação da morte ou pode facilitar o seu entendimento, à medida que prevê tempo para aceitar a situação, sendo, em alguns casos, um aspecto positivo para o processo de luto, a antecipação do anúncio de morte pode facilitar o ensaio de novos papéis familiares.

O psicólogo pode ajudar a família oferecendo auxílio para esses ensaios e percebendo como a família lida emocionalmente com a nova situação. A família pode se despedir através de palavras, de gestos, de pedidos de perdão e de promessas a cumprir. Pode também rezar, chamar padres e religiosos para a última bênção, realizar últimos desejos e acompanhar o familiar até o momento de sua morte (GURGEL; LAGE, 2013).

Conforme GIROND E WATERKEMPER (2006), o processo de morte/morrer ainda não é assimilado por alguns profissionais de saúde como parte do cuidado ao paciente e sua família. No entanto, a morte faz parte da existência e cuidar do ser que está morrendo deveria ser parte integral da assistência. Ao entender que a vida não é eterna compreende-se que cada momento vivido deve ser valorizado, inclusive o próprio processo de morrer. Nos núcleos familiares em que um de seus membros é acometido por uma doença prolongada, como o câncer, há um estresse permanente diante das incertezas deste processo. Esta constante incerteza, pode conduzir a família ao esgotamento emocional, principalmente quando a causa do sofrimento é presenciar o paciente morrer com dor. Assim, não é raro que a pessoa agonizante e a sua família desejaram a morte para aliviar esse sofrimento prolongado. É neste momento que surgem as principais dúvidas sobre qual a melhor conduta a ser implementada.

O psicólogo, ao atuar com paciente em cuidados paliativos, acessa suas informações sobre sua saúde, possibilitando através de perguntas diretas sobre os significados de vida e de morte, a elaboração dos momentos chaves que deram significado à vida do mesmo. As intervenções psicológicas em cuidados paliativos também favorecem ao paciente a obtenção de pensamentos reconfortantes sobre o morrer, elaborando assuntos pendentes, despedidas, silêncios, etc. Tais ações favorecem a adequação da esperança e a regulação das expectativas do paciente. O paciente muitas vezes prioriza esta atitude de denegação, a fim de deixar uma boa imagem antes de morrer, solicitando auxílio à equipe, que muitas vezes encontra dificuldades para prover este suporte, em função do despreparo profissional para lidar com a morte (MELO ET AL, 2013). O reconhecimento e a aceitação da morte como um processo natural viola as regras implícitas e explícitas que regem o cotidiano dos profissionais de saúde nos hospitais, visto que esse contexto é primordialmente pensado como o lugar da vida, da potência e da cura (MELO ET AL, 2013).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Este artigo realizou-se através de uma pesquisa bibliográfica, na qual foram utilizados artigos científicos que buscam aprofundar sobre o tema. Descreveu-se o que é câncer, o que é tratamento paliativo e a terminalidade perante o tratamento do paciente oncológico.

A pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica. Como a pesquisa bibliográfica é um trabalho investigativo minucioso em busca do conhecimento e base fundamental para o todo de uma pesquisa (PIZZANI ET. AL., 2012).

3.2 Amostra, local e período de pesquisa

Para a elaboração desta pesquisa, foram feitas consultas em artigos através do Google Acadêmico por intermédio de diversos bancos de dados existentes na web como Scielo e várias Revistas Eletrônicas disponíveis no acervo da internet. Quanto ao período da idealização da mesma, iniciou-se em Fevereiro de 2021, findando-se em Novembro de 2021.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão foram utilizadas às palavras chave: câncer, morte, psicologia e tratamento paliativo do ano de 2001 à 2021. Sendo excluídos todos os artigos que não fazem parte dos critérios anteriores.

3.4 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de análises de artigos e alguns periódicos, buscando-se filtrar temas como título do artigo, resultados e discussões, objetivos, nos quais fizessem uma ligação direta com o tema desta pesquisa.

3.5 Procedimentos de Análise de Dados

Neste estudo utilizou-se a metodologia qualitativa de análise, que indica um aprimoramento diante do tema tratado, ao qual se consentiu uma interpretação precisa por meio da leitura realizada durante a execução da pesquisa.

Segundo Martins e Bogus (2004), a abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias. Tem abordado, entre outros temas: mecanismos de adaptação; adesão e não adesão a tratamentos; estigma; cuidados; reações e papéis de cuidadores profissionais e familiares; fatores facilitadores e dificuldades frente à profissão / frente ao tratamento / frente às condições de trabalho.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ante sua presença, ninguém permanece impassível, reagindo com defesas variadas. A fantasia de ser de um câncer suscita uma previsão de horrores talvez não comparada com nenhuma outra doença. Com o diagnóstico de câncer, a vida parece desmoronar junto com todos os projetos, expectativas, desejos e conquistas. Uma doença potencialmente fatal constitui a perda da ilusão. A ilusão de um corpo perfeito, de invulnerabilidade, de imortalidade. Estes efeitos antecipadores de medo têm origem na necessidade de tratamentos agressivos para a terapêutica do câncer. São as imagens simbólicas que permeiam a atitude de cada indivíduo perante a convivência com o câncer, e a noção de verdade para o indivíduo é o que está envolvido nas representações simbólicas. Todas as doenças são temidas pelo ser humano, algumas mais, outras menos. O câncer atinge a escala máxima mesmo antes de descobrir o estágio da doença, e a pessoa já se sente despedaçada. A mesma já teme a fragilidade, a dependência, as dores e o principal, a morte (ZENI; FAVA, 2013).

De todos os sintomas que um paciente com diagnóstico de câncer apresenta, a dor é o mais temido, constituindo o fator mais determinante de sofrimento relacionado à doença mesmo quando comparado à expectativa da morte. Apesar disso pouca atenção tem sido dada ao tratamento da dor oncológica quando comparada aos avanços tecnológicos no controle do câncer (RANGEL; TELLES, 2012).

Para que aconteça um controle melhor da dor do paciente é necessário que ele possua um apoio de toda uma equipe. Equipe (multiprofissional e interdisciplinar) essa formada por médicos, fisioterapeutas e

um tratamento diversificado para amenizar a dor, mesmo que seja momentâneo. São utilizados diversos métodos farmacológicos, radioterapias, quimioterapias, técnicas anestésicas, intervencionistas e reabilitativas.

Medo, depressão e alteração do sono têm sido relatados como fatores que aumentam a dor e o sofrimento do paciente com câncer. Pacientes que apresentam sinais de angústia devem ter a oportunidade de expressar suas emoções, pensamentos medos e expectativas em relação sua dor. Em algumas situações o suporte deve ser estendido aos familiares. O sofrimento pode desempenhar um papel importante na qualidade de vida do paciente. Ignorar esse sofrimento pode ser tão desastroso como ignorar a dor somática, não fazendo sentido tratar uma sem a outra (RANGEL; TELLES, 2012).

Os sentimentos do paciente também estão doentes e abalados, a dor psicológica também passa a fazer parte do paciente oncológico terminal, e essa dor se estende aos familiares. Devido essa causa é necessário que o paciente, seus familiares tenham um acompanhamento psicológico durante o tratamento e às vezes até após o término do mesmo. O não tratamento deixa a dor psicológica afetar a dor física, alterando ainda mais seu quadro clínico (RANGEL; TELLES, 2012).

DINIZ ET. AL. (2006) concorda com o estudo de Rangel e Telles (2012), acredita que apesar dos grandes avanços no tratamento oncológico, nem sempre é possível obter a cura. Então, muitos pacientes passam a necessitar de cuidados que visam, além do controle da dor e de outros sintomas diversos, interferir nos aspectos psicológicos, sociais e espirituais, no intuito de investir na melhoria de sua qualidade de vida.

MENDES ET. AL. (2014), tem em seu discurso a mesma fala de DINIZ ET. AL (2006) e RANGEL E TELLES (2012). A dor, quinto sinal vital, afeta significativamente a qualidade de vida do paciente e requer prevenção e tratamento adequados, prioritariamente para aqueles já em Cuidados Paliativos. É demonstrado que a adoção de práticas terapêuticas eficazes pode reduzir em 80% a 90% dos casos de dor oncológica. Neste sentido, para padronização da analgesia farmacológica da dor oncológica, a Organização Mundial de Saúde introduziu a Escada Analgésica em três degraus, recomendando o uso de fármacos em acordo com a intensidade da dor. Em estudos recentes, um quarto degrau foi sugerido a fim de incluir, além dos analgésicos clássicos, procedimentos minimamente invasivos capazes de produzir uma analgesia eficaz em casos de dores de difícil controle. MENDES ET AL (2014) continua o discurso dizendo que dados estimam que 62% a 90% dos brasileiros portadores de neoplasias ainda apresentam algum tipo de dor. Esta condição sugere, dentre outras, que as práticas analgésicas atuais não são suficientemente eficazes para o controle da dor oncológica. É importante salientar que a cessação da dor

promove diminuição do estresse do paciente e aumento de sua qualidade de vida, refletindo positivamente sobre as relações com seus familiares, cuidadores e equipe de saúde.

Além disso, o efeito da intensidade da dor controlada por meio da avaliação da qualidade de vida do paciente paliativo também evidenciou que, a satisfação com Domínio Psicológico foi maior naqueles sem dor, demonstrando a influência da dor nos sentimentos positivos, autoestima e espiritualidade, satisfação consigo mesmo e aparência. Ao contrário, nestes pacientes, quanto ao Domínio Relações Sociais a satisfação não foi obtida (MENDES ET. AL., 2014).

Devido à condição de adoecimento, o estado do ser humano quando hospitalizado é de fragilidade física e psicológica, por isso a prática da psicologia hospitalar requer uma compreensão global, mais abrangente acerca do homem e do seu modo de existir (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Parece que muitos profissionais mostram desconhecer técnicas de comunicação terapêutica, evitando o contato verbal com os pacientes que vivenciam o processo de morrer, afastando-se dos mesmos, por não saber trabalhar os sentimentos que a situação de morte iminente lhes desperta. Estes fatos tornam-se preocupantes ao lembrar-se que o enfermeiro e sua equipe são os profissionais da área de saúde que interagem mais direta e constantemente com o paciente durante sua estadia em uma instituição hospitalar (ARAUJO; SILVA, 2007).

Infelizmente hoje dentro do ambiente hospitalar depara-se com muitos profissionais despreparados. Muitos profissionais possuem uma carga horária de trabalho muito extensa, devido aos baixos salários, e trabalham cansados e esquece que a profissão deles exige mais que fazer a medicação, o paciente se encontra em um momento de carência psicológica extrema, e necessita de amor, carinho e atenção do profissional de saúde para acalotá-lo, e na maioria das vezes o profissional que o atende também está esgotado e precisando de ajuda. É neste momento que não pode faltar um psicólogo hospitalar para que não deixe que o paciente agrave mais sua comorbidade e desestabilize mais a família, para que essa possa apoiar e amparar seu ente que está em tratamento oncológico em um tratamento já paliativo. Só de se tratar de um tratamento paliativo o paciente já encontra com seu psicológico abalado, pois, o mesmo sente que a morte está próxima e não sabe lidar com a situação (ARAÚJO; SILVA, 2007).

No contexto da terminalidade, cuidar significa, entre outras coisas, estar ao lado de pessoas fragilizadas, com perda de vitalidade e autonomia, dor, depressão. Assim, o cuidado só é eficaz quando o ser cuidado – o paciente – consente em ser alvo destas ações, cooperando e aderindo ao plano assistencial proposto pelo profissional. O paciente só se permite ser cuidado quando se sente seguro e confia no profissional (ARAUJO; SILVA, 2007).

Com os colaboradores (funcionários) da instituição, a atuação é destinada à orientação para dificuldades de relacionamento profissional, além de demanda pessoal, como transtornos de humor e de ansiedade, dificuldades no relacionamento interpessoal e familiar. Nessa intervenção, o psicólogo procura esclarecer ao colaborador as questões éticas do atendimento, falando sobre o sigilo e sobre a neutralidade, na tentativa do funcionário poder sentir-se a vontade para falar sobre o que deseja, mesmo que esteja diante de um colega de trabalho, profissional da mesma instituição. Treinamentos com equipes multiprofissionais também são realizados a fim de aperfeiçoar o trabalho da Psicologia aos colaboradores. O profissional da saúde pode passar a segurança para o paciente através de um sorriso, um abraço ou até mesmo um simples ouvir e acalantar. As palavras positivas surtem um poder inimaginável para uma pessoa que está com uma fraqueza psicológica (SCANNAVINO ET AL, 2013).

O psicólogo deve estar atento em detectar os conteúdos envolvidos na queixa, no sintoma e na patologia, permitindo assim uma atenção integral e a identificação de desordens psíquicas que geram sofrimento, estresse e também aos mecanismos de defesa negativos que costumam surgir; isso favorece a reorganização da vivência de doença e o uso de recursos adaptativos no sentido de manter o paciente participativo no processo de tratamento. Por ser parte de uma equipe multiprofissional em cuidados paliativos, a psicologia hospitalar contribui em diversas atividades, a partir de saberes advindos ao campo da mente e das vivências e expressões da mesma, através do corpo. O autor destaca que as ações da psicologia em cuidados paliativos não se limitam ao paciente em fase final de vida, mas deve incluir a família, como parte inexplicável da unidade de cuidados, mesmo que estes tenham que ser observados em sua especificidade (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Além dessa unidade de cuidados, a psicologia também se propõe a atuar junto à equipe multiprofissional, uma vez que esta necessita manter a integridade nas suas relações e encontrar vias de comunicação que permitam a troca e o conhecimento, a partir de diferentes saberes. A psicologia coloca-se como elo entre o profissional e a unidade de cuidados. Esse profissional tem como papel identificar maneiras de troca entre paciente, família e com a unidade de cuidados, objetivando a promoção de uma boa adesão aos cuidados propostos, em um nível controlado de desgaste profissional e pessoal entre essa tríade, através de uma comunicação eficiente (PORTO; LUSTOSA, 2010).

Essa fala de PORTO E LUSTOSA (2010) retoma a fala de FERREIRA ET. AL. (2011), complementa a fala de ARAÚJO E SILVA (2007), mostrando a necessidade de um tratamento para os pacientes, onde a maioria apresenta um quadro de depressão estresse e se encontram fragilizadas. Retoma também a fala de MENDES ET. AL. (2014), o qual usa em seu discurso que o paciente emocionalmente

bem apresenta um melhor quadro na melhora da dor.

No atendimento de indivíduos com alguma enfermidade crônica, tal como câncer, as funções do psicólogo devem: favorecer a adaptação dos limites, das mudanças impostas pela doença e da adesão ao tratamento; auxiliar no manejo da dor e do estresse associados à doença e aos procedimentos necessários; auxiliar na tomada de decisões; preparar o paciente para a realização de procedimentos invasivos dolorosos, e, enfrentamento de possíveis consequências dos mesmos; promover melhoria da qualidade de vida; auxiliar a aquisição de novas habilidades ou retomada de habilidades preexistentes; e revisão de valores para o retorno à vida profissional, familiar e social ou para o final da vida (SCANNAVINO ET AL, 2013).

A Psico-Oncologia consiste na interface entre a psicologia e a oncologia. São abordadas questões psicossociais que envolvem também o adoecimento acarretado pelo câncer. Utilizam-se estratégias de intervenção que possam ajudar o paciente e seus familiares no enfrentamento e na aceitação de uma nova realidade, promovendo, assim, melhorias na qualidade de vida (SCANNAVINO ET AL, 2013).

Mais um autor mostrando a grande importância do profissional da psicologia dentro do ambiente hospitalar oncológico, é sempre bom lembrar que este apoio vem para ajudar e equilibrar não só o paciente como também sua família, essa que será o amparo do doente nos momentos mais difíceis, família é a base a qual o paciente irá se agarrar para tentar equilibrar suas angústias e dores, aí a grande importância dos familiares estarem bem equilibrados emocionalmente, pois refletirá diretamente no paciente (SCANNAVINO ET AL, 2013).

O questionamento sobre o que faz o psicólogo na equipe de cuidados paliativos sustenta a ideia de articulação entre teoria e prática, definindo assim a identidade do psicólogo nesta equipe. A atividade junto aos cuidados paliativos promove indagações e desafios, aos quais o psicólogo deve responder criativamente buscando fundamentar seu trabalho num referencial teórico consistente (psicanálise, psicologia analítica, psicologia social, análise do comportamento, fenomenologia, entre outros) (MELO ET AL, 2013).

O psicólogo antes de iniciar o atendimento deve buscar junto à equipe algumas informações para ter um bom embasamento para tratar o paciente. Ele deve procurar saber como são as atitudes do paciente junto à equipe, qual a aceitação dele com a medicação, a estrutura familiar, o nível de conhecimento do paciente sobre a doença e seus agravos, a perspectiva dele perante o tratamento e a relação social do paciente com o meio social no qual está inserido (MELO ET AL, 2013).

Apesar dos avanços científicos, o diagnóstico de câncer ainda está associado a sofrimento e à

morte. O diagnóstico de câncer é uma sentença de morte. Essa analogia garante que o câncer seja associado a uma doença que causa grande desorganização psicológica, em qualquer idade. A dificuldade torna-se ainda maior quando estamos diante da possibilidade da morte de uma criança. Quando vemos uma criança, que significa projeto, futuro, alegria, hospitalizada ou morrendo, nos chocamos. É uma morte que traz muita ansiedade para todos. O psicólogo pode atuar nos diversos momentos dos cuidados paliativos, como: 1) na decisão dos pais de quando parar o tratamento; 2) na decisão e nas dificuldades da equipe; 3) na conversa com a criança sobre a morte, 4) no apoio à família, 5) quando a morte se aproxima e 6) quando a criança morre (GURGEL; LAGE, 2013).

Ao tratar de câncer e mortalidade seja qual for a idade é muito difícil, pois, o ser humano não está preparado para esse momento. Todos sabem que essa é a única certeza da vida mais não se preparam para sua chegada. Quando a doença atinge uma criança essa dor e a revolta é ainda maior, todos acreditam que é um ser inocente que possui uma vida por completa para viver. Nesse caso, o tratamento do psicólogo é mais difícil para a aceitação da família (GURGEL; LAGE, 2013).

O cuidador é peça-chave na efetivação dos preceitos dos cuidados paliativos, é de grande relevância sua participação nesse processo. Por isso, a insistência e a defesa de que os serviços propiciados pelos cuidados paliativos devem ser oferecidos não apenas quando o prognóstico está fora de recursos terapêuticos de cura, mas desde o diagnóstico, durante o processo de tratamento, na recidiva (caso haja) e no estágio final da vida, isto é, que os cuidados paliativos sejam integrais, contínuos e intensivos, oferecendo ao paciente tanto apoio e suporte necessário quanto para a família e, em especial, a esse cuidador principal, proporcionando-lhe estratégias de lidar com essa situação e preparando-o para a perda iminente do ente querido e na elaboração do luto (GUIMARÃES; LIPP, 2011).

O cuidador em sua maioria são pessoas ligadas ao paciente e bem próximas ao convívio antes da doença, ele é uma pessoa muito importante no tratamento, para que passe para o doente uma tranquilidade, segurança e conforto, para que assim consiga enfrentar com mais facilidade o problema. Mas para que isso aconteça esse cuidador também precisa de um apoio psicológico para conseguir aceitar e absorver o tratamento paliativo. O mesmo já precisa começar a trabalhar em sua mente o luto, precisa aceitar a realidade dolorida, mas real (GUIMARÃES; LIPP, 2011).

Essa posição de GUIMARÃES E LIPP (2011) se enquadra nos diversos cuidados os quais o psicólogo vai se enquadrar trabalhado por GURGEL E LAGE (2013). SCANNAVINO ET AL (2013) também referência essa ideia em sua defesa.

A consciência da morte é uma marca da humanidade, no entanto essa consciência permanece a

maior parte do tempo em estado de latência (oculta) pela ação de mecanismos de defesas psíquicos, evitando o contato constante com essa tão angustiante informação e permitindo que o indivíduo conviva com ela a uma distância ilusoriamente segura, porém toda essa organização psíquica se desestrutura diante do prognóstico reservado de uma doença avançada. Cada indivíduo apresenta uma evolução nas suas estruturas defensivas, fazendo com que a intensidade e a duração desses mecanismos de defesa dependam da capacidade própria daquele que sofre em lidar com essa dor. Os mecanismos de defesa e os mecanismos adaptativos utilizados facilitarão ou não a aceitação da morte. Os sentimentos desencadeados diante tal informação variam muito entre as pessoas, mas, de um modo geral, remetem ao sentimento de perda, despertando, assim, sentimentos dolorosos, também podem ser raivosos, rancorosos, confusos, racionais, lógicos e dependem das circunstâncias e dos momentos emocionais que o paciente e a família atravessam (ZENI; FAVA, 2013).

O ser humano possui um método de adaptação muito aguçado. Mas neste momento a dor é muito grande. E cada ser se adapta a ela de uma maneira, alguns não vão aceitar, outros irão ficar raivosos, outros terão depressão e outros aceitarão e entenderão a perda. O emocional e as crenças ajudaram bastante nessa aceitação da morte (ZENI; FAVA, 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível analisar neste estudo que o câncer é uma doença muito temida por toda a sociedade. Seu diagnóstico já vem carregado com uma carga muito grande de desestabilização emocional. Tanto do paciente quanto da família. O diagnóstico de câncer leva ao isolamento social e emocional, e os pacientes e suas famílias expressam-se cada um à sua maneira, suas próprias necessidades, seus desejos, seus medos, suas fantasias. O câncer é considerado perigoso porque representa um abismo entre a vida e a morte.

Na utilização de estratégias de manejo da doença, devem ser criados e fortalecidos laços familiares que diminuem a ansiedade e angústia, dada a gravidade e a finalidade de sofrer de uma doença oncológica. Antecipar a morte não imuniza o homem da angústia diante da finitude existencial, nem alivia a dor inerente aos processos de luto necessários ao processamento das perdas e à dissipação dos medos que a morte evoca. Com isso, vemos a necessidade de humanização no cuidado e no papel consciente do paciente, cujos direitos e autonomia devem ser respeitados. Diante da defesa paliativa, o paciente tem o

direito de recusar o tratamento quando sentir que sua qualidade de vida está ameaçada, para que possa terminar sua existência com dignidade, da maneira que quiser. Porém, na sociedade contemporânea, notamos a dificuldade de enfrentar a morte dessa forma.

Para integrar uma equipe que trata de Cuidados Paliativos o psicólogo precisa ter uma formação profissional especializada, a qual busca ajudar o paciente a enfrentar e elaborar estratégias as quais intensifiquem as experiências emocionais no momento mais difícil: terminalidade da vida. O profissional deve ter cuidado para que não se torne mais um elemento invasivo na vida do paciente, deve mostrar a ele que está ali para ajudar e facilitar o processo de transição na vida do paciente, da família e da equipe multidisciplinar. O psicólogo veio para somar. O objetivo do profissional é focar no doente e não frisar a doença e sim a qualidade de vida.

Especificamente, com pacientes em cuidados paliativos, o psicólogo pode trabalhar na qualidade de vida e no preparo para a morte. O psicólogo pode estar presente no diagnóstico de medicina paliativa, participar nas decisões da equipe, conversar com a família sobre a proximidade da morte e planejar rituais de despedida, apoiar os familiares ao longo das fases. O psicólogo também pode atuar no momento da morte e acordar após a morte e fazer visitas a familiares. Como você pode imaginar, esse profissional pode atuar em todas as etapas da doença, desde a prevenção até cuidados paliativos.

Hoje é difícil ver a morte como um fenômeno natural. À medida que a ciência avança, a morte é temida e negada como realidade. Isso ocorre na maioria dos casos devido à técnica de repouso, sedativos, suspensórios, transfusões, suturas, intrusões de tubos e cateteres e exames altamente invasivos. Sugere-se que pesquisas futuras sejam feitas, buscando resultados que apontem o perfil que demanda o atendimento psicológico, levantar quais as principais demandas que existem nos pacientes oncológicos, e analisar alguns dados referentes à equipe de atendimento aos pacientes, pois percebe-se pelos estudos realizados que o grupo possui um alto índice de depressão, ansiedade e outras síndromes causadas pela profissão.

Portanto, o desenvolvimento de estudos na área de Psicologia da Saúde em um hospital oncológico pode aprimorar as intervenções realizadas na assistência, bem como sinalizar necessidades relacionadas ao ensino e gestão da atividade do psicólogo neste contexto.

ABSTRACT: Cancer represents in a set of more than a hundred diseases, with characteristics of unbalanced growth of cells that invade tissues and organs, with possibilities of migration to different parts of the body. The general objective of this research seeks to understand and analyze the perception of death in patients and family members who face palliative treatment. Palliative care is the approach that aims to promote the quality of life of patients and families who face problems associated with life-threatening diseases, through the prevention and relief of suffering, through early identification, correct

assessment and treatment of the pain and other physical and psychosocial problems. The psychologist, when working with patients in palliative care, accesses information about their health, enabling, through direct questions about the meanings of life and death, the elaboration of key moments that gave meaning to life. In this context of Palliative Care, the idea of “Good Death” arises, essential in the treatment of terminally ill patients, defined as the process of death that protects the patient, their family and caregivers from suffering. This article was carried out through bibliographical research. With the diagnosis of cancer, life seems to fall apart along with all projects, expectations, desires and achievements. A potentially fatal illness is a loss of illusion. It was analyzed in this study that cancer is a disease much feared by society. Your diagnosis is already loaded with a very heavy load of emotional destabilization. Both the patient and the family.

Keywords: Cancer. Palliative Treatment. Termination.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP**, 2007.
- BARRETO, Eliana Maria Teixeira. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2005.
- BOSSONI, Ruvie Henrique Caovilla; STUMM, Eniva Miladi Fernandes; HILDEBRAND, Leila Mariza; LORO, Marli Maria. Câncer e morte, um dilema para pacientes e familiares. **Revista Contexto Saúde**. Ijuí editora unijuí v. 9 n. 17 jul./dez. 2009.
- DINIZ, Renata Wanderley et al . O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 52, n. 5, p. 298- 303, Oct. 2006 .
- FERREIRA, Ana Paula de Queiroz; LOPES, Leany Queiroz Ferreira; MELO, Mônica Cristina Batista de. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer*. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 85-98, dez. 2011.
- FERREIRA, Vanessa dos Santos; RAMINELLI, Orilete. O olhar do paciente oncológico em relação a sua terminalidade: ponto de vista psicológico. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 101- 113, jun. 2012 .
- GIROND, Juliana Balbinot Reis; WATERKEMPER, Roberta **CÂNCER EM CUIDADOS PALIATIVOS: COMPREENDENDO CONCEITOS E INTER-RELAÇÕES. Cogitare Enfermagem**, vol. 11, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006.
- GUIMARÃES, Claudiane Aparecida; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Psicologia: Teoria e Prática**, vol. 13, núm. 2, 2011.

GURGEL, Luciana Araújo; LAGE, Ana Maria Vieira. Atuação psicológica na assistência à criança com câncer: da prevenção aos cuidados paliativos. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 4 - n. 1, p. 83-96, jan./jun. 2013.

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.44-57, set-dez 2004

Melo, Anne Cristine de; Fernandes Valero, Fernanda; Menezes, Marina. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, vol. 14, núm. 3, 2013.

MENDES, Thaís Rezende; BOAVENTURA, Rafaela Peres; CASTRO, Marielly Cunha; MENDONÇA, Maria Angélica Oliveira. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. **Acta Paul Enferm.** 27 (4) • Ago 2014.

NUNES, Maria da Gloria dos Santos; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. Tratamento Paliativo: Perspectiva da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jul/set, 2012.

PIRES, Raphaella Alves; SOUZA, Isabel Cristina dos Santos; PEREIRA, Jéssica Miranda; LIMA, Raquel Stefanni Garcia Sales; QUINTANA, Rocío; SOUZA, Márcio Costa de. A Psicologia no contexto de produção do cuidado segundo a percepção de pessoas com doença oncológica. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 328-348, jun. 2019.

PORTO, Gláucia; LUSTOSA, Maria Alice. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. 2010 .

PIZZANI, Luciana; *et al.* A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **Ver. Dig. Bibl. Ci. Inf.** V. 10, n. 1, p. 53-66, Jul/Dez. Campinas – SP, 2012. Disponível em: <
<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896>>

RANGEL, Odilea; TELLES, Carlos. Tratamento da Dor Oncológica em Cuidados Paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ. Ano 11, Abril / Junho de 2012.

SANTOS, Priscilla Andrewns dos; SERRALTA, Fernanda Barcellos. Narrativas sobre o câncer: um estudo clínico-qualitativo em cuidados paliativos. **Rev. SBPH**, São Paulo , v. 22, n. 2, p. 301- 324, dez. 2019 .

SCANNAVINO, Camila Saliba Soubhia et al. Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. *Psicologia USP* [online]. v. 24, n. 1, 2013.

SILVA, Lucia Cecilia da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 13, n. 2, p. 231-237, June 2008.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; FONSECA, Cristina Oliveira. De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro : **Ministério da Saúde**, 2007.

ZENI, Luciana Lima; FAVA, Antônio Sérgio. A importância do acompanhamento psicológico no processo de aceitação de morte. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, vol. 13, núm. 1, 2013.