

ABRAÇANDO A FINITUDE: O SUPORTE PSICOLÓGICO NO CUIDADO PALIATIVO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Recebido em: xx/xx/xxxx

Aceito em: xx/xx/xxxx

DOI: 10.25110/akropolis.vXXiX.2024-00000



Ana Beatriz Medeiros Ferreira¹
Matheus Henrique Fernandes Pereira²
Daiany Lara Massias Lopes Sgrinholi³

¹ Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Paranaense – UNIPAR, sede.

² Acadêmico do curso de Psicologia da Universidade Paranaense – UNIPAR, sede.

³ Professora do curso de Psicologia da Universidade Paranaense – UNIPAR, sede.

ABRAÇANDO A FINITUDE: O SUPORTE PSICOLÓGICO NO CUIDADO PALIATIVO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

RESUMO: Compreende-se, neste artigo, a importância do suporte psicológico no cuidado paliativo de pacientes oncológicos, considerando abordagens com foco na dimensão existencial da experiência humana. Permeado por uma pesquisa bibliográfica, no trabalho, argumenta-se que a consciência da finitude e a reflexão sobre a morte são essenciais para a vivência autêntica, pressupostos apontados por Sartre (1943), Heidegger (1927) e Kierkegaard (1849). Considera-se que o suporte psicológico avança para além do alívio da dor física, pois deve abordar as angústias existenciais e promover um espaço seguro para que os pacientes possam expressar seus medos, desejos e reflexões sobre a vida e a morte. A prática do psicólogo, nesse contexto, é apresentada como um meio de ajudar os pacientes a encontrar sentido e significado na vida, mesmo diante da inevitabilidade da morte, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida durante o processo de adoecimento.

Palavras-chaves: Suporte psicológico. Cuidado paliativo. Oncológico. Existencialismo.

EMBRACING FINITUDE: PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN PALLIATIVE CARE FOR ONCOLOGY PATIENTS

ABSTRACT: This article addresses the importance of psychological support in the palliative care of cancer patients, considering approaches that focus on the existential dimension of the human experience. Through bibliographical research, the text argues that awareness of finitude and reflection on death are essential for an authentic experience, as highlighted by Sartre, Heidegger, and Kierkegaard. It is believed that psychological support goes beyond relieving physical pain, addressing existential anguish and providing a safe space for patients to express their fears, desires, and reflections on life and death. In this context, the psychologist's practice is presented as a means of helping patients find meaning and purpose in life, even in the face of the inevitability of death, thus contributing to a better quality of life during the illness process.

Keywords: psychological support; palliative care; oncological; existential.

ABRAZAR LA FINITUD: APOYO PSICOLÓGICO EN CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES DE ONCOLOGÍA

RESUMEN: Este artículo comprende la importancia del apoyo psicológico en los cuidados paliativos de los pacientes con cáncer, considerando enfoques centrados en la dimensión existencial de la experiencia humana. A través de investigaciones bibliográficas, el texto sostiene que la conciencia de la finitud y la reflexión sobre la muerte son esenciales para una experiencia autêntica, como destacan Sartre, Heidegger y Kierkegaard. Se cree que el apoyo psicológico va más allá de aliviar el dolor físico, abordando la angustia existencial y promoviendo un espacio seguro para que los pacientes expresen sus miedos, deseos y reflexiones sobre la vida y la muerte. La práctica del psicólogo, en este contexto, se presenta como un medio para ayudar a los pacientes a encontrar sentido y propósito en la vida, incluso ante la inevitabilidad de la muerte, contribuyendo así a una mejor calidad de vida durante el proceso de enfermedad.

Palabras clave: apoio psicológico; cuidados paliativos; oncológico; existencial.

1. INTRODUÇÃO

A internação hospitalar de pacientes com câncer em estado terminal, frequentemente desperta uma série de sentimentos negativos, como dúvidas e incertezas, nos pacientes e seus familiares. Uma vez que a visão medicalocêntrica foca principalmente na medicação e, conseqüentemente na gestão dos sintomas físicos da doença, a intervenção psicológica muitas vezes é negligenciada e subestimada. Criando uma lacuna significativa no cuidado integral do paciente. Conforme Chiattonne (2011), o papel do profissional da psicologia, nesse contexto, é crucial para compreender e minimizar o sofrimento dessas pessoas, além de oferecer apoio à equipe de cuidados. O suporte psicoterápico facilita o diálogo e melhora a relação entre médico e paciente, integrando a psicologia à medicina.

Desse modo, faz-se necessário investigar como o suporte psicológico no contexto de cuidados paliativos oncológicos auxilia na promoção da qualidade de vida e no alívio das angústias existenciais dos pacientes. Também, buscar explorar as principais angústias e medos enfrentados por esses pacientes, compreendendo as estratégias psicológicas que os ajudam a lidar com a finitude. Por fim, analisar a eficácia das abordagens terapêuticas voltadas para pacientes oncológicos paliativos, avaliando seu impacto no bem-estar emocional e na dignidade ao longo do processo de adoecimento. Dado que a morte é uma dimensão intrínseca da condição humana, dentro da perspectiva dos cuidados paliativos, torna-se imperativo o acompanhamento psicológico para auxiliar na gestão do sofrimento e na ressignificação do projeto existencial do indivíduo. É essencial proporcionar cuidados que visem a busca de sentido e significado na vida da pessoa, iniciando pelo acolhimento e pela compreensão das limitações impostas pela condição de saúde.

O movimento dos cuidados paliativos começou na década de 1960, na Inglaterra, e se expandiu posteriormente para o Canadá e os EUA. Na atualidade, está presente em diversos países, com o objetivo de chamar a atenção para o sofrimento dos pacientes com doenças terminais e suas famílias, que frequentemente precisam de cuidados especializados não disponíveis em todos os serviços de saúde. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer é o hospital pioneiro na área de cuidados paliativos (Kruse *et al.*, 2007). Caracterizando-se como um período no qual a pessoa enferma se deparará com o

sofrimento, como um processo desafiador e, muitas vezes, doloroso, o cuidado paliativo visa amenizar o martírio e melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, abordando suas necessidades nessas circunstâncias.

Melo *et al.* (2013) consideram que o paliativismo defende a anuência da condição humana diante da morte, proporcionando ao paciente sem possibilidades de cura, assim como aos familiares e amigos da pessoa afetada, os requisitos necessários para entenderem a finitude. Nessa abordagem, a morte não é vista como uma doença a ser tratada, mas como o fim do ciclo de vida. Logo, os cuidados no final da vida devem focar no melhor interesse do paciente, respeitar seus sentimentos, os desejos de seus familiares e garantir uma comunicação adequada entre todos os envolvidos.

Sartre (2015) aponta que ao ser lançado no mundo, o ser humano tem um começo e um fim, pois sua vida é um projeto contínuo. Ao se lançar no mundo, ele enfrenta a possibilidade da finitude. Assim, o projeto de ser termina, pois a existência só se completa com início e fim. Quando o homem define seu projeto, ele caminha em direção à morte, constituindo uma liberdade-para-a-morte. A morte é apenas mais um fenômeno humano, e, segundo o autor, viver bem a vida é compreender que o término do projeto se dá no finamento, quando tudo se encerra, pois não há mais futuro possível.

Para entendermos melhor esse processo de finitude do projeto de ser na ótica existencialista, é mister compreendermos o que é esse projeto, pois é um conceito fundamental à temática. Conforme Schneider (2011), o projeto de ser é definido pela busca incessante do ser humano em alcançar sua realização plena. Desde o início de sua existência, o ser humano está continuamente direcionado para o futuro, e não é possível conceber um indivíduo sem um projeto, pois, ao se lançar no mundo, ele começa a procurar um propósito, mesmo que não tenha clareza sobre a natureza ou o término desse objetivo. Dessa forma, o projeto é um processo contínuo, impulsionado por uma dinâmica psicológica, a qual configura o sujeito no mundo como um projeto, ao mesmo tempo em que ele se direciona à morte.

Schneider (2011, p. 168) afirma: “ser é escolher-se e essa escolha se dá como ação no mundo. Logo, ser é agir – a liberdade é nossa ação sobre o mundo”. Isso está em conformidade com a ideia de que a existência precede a essência (Sartre, 2013). Inicialmente, somos lançados no mundo e, por meio das nossas experiências e das relações que estabelecemos, vamos formando nosso ser. A essência, conforme descrita por Sartre (2013), não é uma característica pré-definida, mas é desenvolvida por meio de

nossa existência. Além disso, a essência não se completa em um ponto específico; configura-se como um processo contínuo e em constante evolução, a partir da qual se define o sujeito. Ela caracteriza o indivíduo até certo ponto, preservando sua flexibilidade e evitando que ele se torne rígido em uma identidade fixa.

Sendo assim, a liberdade existe a partir de uma estrutura de escolhas em uma dada situação, abarcando as condições impostas pelo meio em que vivemos, pelas significações dadas às vivências de nosso passado e pelas relações estabelecidas com os outros. No contexto do tratamento do câncer em estado terminal, a importância da liberdade de escolha do paciente torna-se ainda mais evidente.

Quando o indivíduo enfrenta a fase terminal de uma doença, a autonomia na decisão sobre seu tratamento e cuidados é crucial, não apenas para seu bem-estar físico, mas também para a manutenção de sua dignidade e qualidade de vida. O direito de determinar o curso de seu tratamento capacita o paciente a exercer controle sobre o que resta de sua existência, possibilitando a adequação das intervenções médicas às suas convicções pessoais e preferências individuais. De acordo com Marengo *et al.* (2009), define-se o paciente em estado terminal quando se exaurem as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O indivíduo, portanto, não consegue se recuperar e caminha para a morte, não sendo possível reverter esse quadro.

2. O CÂNCER E A IMINÊNCIA DA FINITUDE

Conforme destaca o Ministério da Saúde, o câncer, ou tumor maligno, é caracterizado pelo crescimento desordenado de células que formam tumores e podem invadir tecidos e órgãos, incluindo os mais distantes (metástases). Essas células cancerígenas resultam de mutações no DNA, que alteram as instruções de crescimento e divisão das células saudáveis, levando à proliferação descontrolada das células doentes (Brasil, 2024).

Em consonância com essa descrição, um estudo conduzido por Santos *et al.* (2023) estimou que o Brasil poderia registrar cerca de 704 mil novos casos de câncer em 2023. O estudo também apontou que os tipos de câncer mais prevalentes no país são os de mama feminina, próstata, cólon e reto, pulmão, estômago, colo do útero, tireoide e

cavidade oral, refletindo a diversidade de manifestações da doença em diferentes regiões do país.

A vigilância do câncer é essencial para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das estratégias de controle da doença. Nos últimos dez anos, o Brasil experimentou uma melhoria significativa na qualidade e na disponibilidade das informações sobre a incidência e a mortalidade por câncer. Esse avanço na vigilância é sustentado por dados provenientes dos registros tanto populacionais quanto hospitalares. Essas informações permitem que os gestores acompanhem e planejem as ações para o controle da doença de maneira mais eficaz, além de orientar o direcionamento das pesquisas na área, assim como reiteram Santos *et al.* (2023).

O volume de tratamentos e os custos associados ao câncer no Brasil estão crescendo de forma acelerada, mas ainda não atendem plenamente às necessidades da população. Entre 1999 e 2015, as despesas apenas com tratamentos (excluindo iniciativas de promoção e prevenção) saltaram de R\$ 470 milhões para R\$ 3,3 bilhões em valores nominais. Medici (2018) complementa que em 2022, os gastos com tratamento de câncer no Sistema Único de Saúde (SUS) foram de R\$ 4 bilhões, o que representou 3% dos recursos totais destinados à saúde no Brasil, correspondendo a um aumento de sete vezes em 16 anos. Aproximadamente dois terços desses gastos assistenciais estão diretamente relacionados à quimioterapia.

Isso ocorre devido ao fato de que a doença, de modo frequente, afeta pessoas em idade relativamente jovem, demora a ser detectada e requer medicamentos e tecnologias dispendiosos. Grande parte dos gastos está relacionada a tratamentos paliativos, nos quais as chances de cura são extremamente baixas devido ao avanço da doença (Médici, 2018).

Nessa perspectiva, considerar as condições emocionais dos pacientes oncológicos é crucial, pois eles vivenciam diversas mudanças em seu dia a dia, desde o momento do diagnóstico, até o tratamento e as complexidades do processo. Perdigão *et al.* (2022) destacam que, no Brasil, os pacientes com câncer não enfrentam apenas desafios físicos, mas também dificuldades emocionais. O estigma relacionado aos problemas psicológicos frequentemente dificulta o acesso desses pacientes aos cuidados psicossociais necessários.

Em razão disso, o termo *distress* foi designado para descrever o sofrimento emocional dos pacientes oncológicos. Esse conceito é definido como uma experiência emocional desagradável e multifatorial, que pode afetar a capacidade de lidar com o

câncer, seus sintomas e tratamento. Segundo Perdigão *et al.* (2022), essa condição abrange aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Além disso, os pacientes oncológicos frequentemente experimentam *distress* devido ao diagnóstico, caracterizado por sentimentos como insegurança, negação, impotência, medo da dor e da morte, além de ansiedade, desespero e depressão. Teston *et al.* (2018) complementam essas considerações ao afirmarem que em pacientes oncológicos há um predomínio de sentimentos negativos, em decorrência dos desafios representados pela doença. Dessa forma, asseveram o seguinte:

E por afetar grandemente o bem-estar físico e psicossocial da percepção dos primeiros sinais e sintomas, até o momento do diagnóstico e do início do tratamento, grandes mudanças ocorrem na vida do paciente e de sua família, fazendo emergir questionamentos direcionados à vida, à doença e à morte. (Teston *et al.*, 2018, p. 6)

Diante disso, é fundamental que os profissionais de saúde compreendam os sentimentos vivenciados pelos pacientes durante os itinerários diagnósticos e terapêuticos. Essa compreensão permite aos atuantes na área acolherem as angústias e o sofrimento dos pacientes, promovendo ações educativas que podem influenciar positivamente na adesão ao tratamento e ao autocuidado. Tal abordagem não apenas melhora a experiência do paciente, mas também contribui para a eficácia do tratamento e para a promoção do bem-estar geral (Teston *et al.* 2018).

Essa perspectiva de compreensão e acolhimento se estende, como destacado por Santos *et al.* (2018), à necessidade de humanização e ética durante o processo de finitude. A ênfase na humanização e no respeito ao paciente é crucial também nos momentos finais da vida, garantindo que o atendimento continue a priorizar o conforto e o bem-estar da pessoa enferma.

Sartre ([1943] 2019), em sua obra “O Ser e o Nada”, argumenta que a finitude é uma característica central da condição humana, a qual está inevitavelmente ligada à liberdade e à angústia. Nesse sentido, não se trata apenas da limitação física imposta pela morte, mas também da restrição das escolhas e possibilidades que definem a vida do indivíduo. Prates (2023) sugere que a finitude é uma forma de existir que molda nossa experiência do mundo. Segundo essa perspectiva, o mundo se manifesta de maneiras únicas para cada pessoa, e só é possível compreendê-lo em sua totalidade quando reconhecemos a singularidade de cada experiência individual. Deste modo, a finitude não

é apenas uma limitação, mas uma condição que permite uma compreensão mais profunda da realidade.

Segundo Castro e Ehrlich (2016), na perspectiva sartreana, a morte não é vista como um fim original. Para Sartre, a morte é uma dimensão inevitável da existência, funcionando como um obstáculo para a totalização contínua de um projeto de ser. Assim, qualquer evento que extinga a possibilidade de ‘vir a ser’ e corte qualquer ligação com o futuro pode ser considerado como morte. Dessa forma, esse fim representa a aniquilação de todas as possibilidades de escolha.

De acordo com Borges *et al.* (2006), a morte em si não é o principal problema para o paciente terminal, mas sim o medo de morrer, que surge do sentimento de desesperança, desamparo e isolamento. Nesse contexto, é essencial que o profissional de saúde que lida com pacientes em fase terminal esteja em paz, tanto com a vida quanto com a morte, reconhecendo que a morte faz parte da vida, logo, precisa ser abordada com cuidado. Para o paciente, o câncer traz consigo a consciência dessa possibilidade. Essa percepção é acompanhada de angústia e medos que permeiam o decorrer do tratamento. De acordo com Kovács (1992), o medo é a reação psicológica mais comum frente à ideia da morte.

Borges *et al.* (2006) apontam que pacientes acometidos por doenças graves, ao se depararem com o processo de morte, quase sempre estão cientes da criticidade de sua condição, independentemente de terem sido comunicados formalmente ou não. No entanto, esses pacientes nem sempre expressam essa consciência ao médico ou aos familiares próximos. Isso ocorre porque discutir essa realidade é doloroso, levando-os a preferirem aceitar qualquer sinal, explícito ou implícito, que evite tocar nesse assunto.

Todos morrem, isso é inegável. Como seres humanos, diferenciamos-nos dos outros seres justamente pela consciência sobre a finitude de nossa existência (Melo, 1999; Vendruscolo, 2005). Se o indivíduo puder enfrentar e compreender sua morte final, talvez possa aprender a encarar e lidar produtivamente com cada mudança que se apresentar em sua vida (Kübler-Ross, 1977).

3. A PSICO-ONCOLOGIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS

O termo psico-oncologia foi introduzido pela primeira vez em 1961, pelo cirurgião oncológico e psicanalista argentino José Schavèlson. Ele utilizou essa denominação para identificar uma nova área de conhecimento, dedicada a oferecer suporte ao paciente com

câncer, abrangendo seu contexto familiar e social, bem como os aspectos médico-administrativos envolvidos no cotidiano desses pacientes (Veit; Carvalho, 2010).

A psico-oncologia surgiu como a junção entre a oncologia e a psicologia da saúde, evoluindo à medida que o entendimento sobre o câncer se expandia. Embora o termo “câncer” tenha como abrangência mais de cem doenças distintas, além do fato de que a doença não possui uma causa única, pois é resultado de múltiplos fatores combinados em determinado momento, o estigma associado ao câncer permanece. Para muitos, o diagnóstico ainda é visto como uma sentença de morte (Aguiar *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a psico-oncologia busca oferecer aos profissionais de saúde, às famílias e à comunidade uma nova visão sobre o câncer, compreendendo o processo de adoecimento como consequência de fatores biopsicossociais (Campos, 2021). Esse campo interdisciplinar concentra-se na interação entre os aspectos psicológicos inerentes à doença e o tratamento do câncer, buscando entender como fatores emocionais, sociais e comportamentais influenciam tanto no desenvolvimento quanto na progressão da enfermidade (Costa Junior, 2001).

O psico-oncologista desempenha um papel essencial ao facilitar o entendimento das dinâmicas relacionais ao paciente e ao humanizar a equipe de tratamento, oferecendo suporte aos pacientes, à rede de apoio e aos profissionais envolvidos (Arrieira *et al.*, 2018; Lopes; Muner, 2020. No contexto dos cuidados paliativos, ele ajuda a compreender os processos psicológicos diante da morte, abordando as fases do morrer e atenuando o sofrimento, no intuito de promover a autonomia e a dignidade do paciente (Fonseca; Castro, 2016).

Conforme aponta Costa de Oliveira (2019), o termo “paliativo” tem sua origem no latim “*pallium*”, que significa manto, e é utilizado para representar o alívio do sofrimento em situações nas quais a cura de uma doença não é possível. Nesse contexto, os cuidados paliativos são entendidos como uma forma de tratamento ativo que aborda o paciente em sua totalidade, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também os socioeconômicos, espirituais e psicológicos, os quais são inseparáveis. Além disso, esses cuidados visam proporcionar ao indivíduo um maior controle e entendimento sobre sua própria vida e sua finitude, permitindo que ele enfrente o processo de morrer com

dignidade e autonomia. Sendo assim, os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito das redes de atenção à saúde.

De acordo com a Resolução n.º 41, de 31 de outubro de 2018:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (Brasil, 2018)

A discussão sobre cuidados paliativos no Brasil teve início de forma isolada nos anos 1970, mas foi somente na década de 1990 que se estruturou de maneira mais organizada, com a criação dos primeiros cursos de psicologia e saúde coletiva na Universidade Federal de São Paulo, liderados pelo professor Marco Túlio de Assis Figueiredo (Souza; Souto; Barbosa, 2024).

Apesar dos avanços, a prática dos cuidados paliativos ainda enfrenta desafios significativos em sua organização e implementação, incluindo a falta de formação especializada para profissionais de saúde, a insuficiência de recursos e infraestrutura adequados, e a necessidade de integração mais efetiva entre os cuidados paliativos e os serviços de saúde existentes nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde (Boaventura *et al.*, 2019; Mendes; Vasconcelos; Santos, 2018).

Os pacientes em cuidados paliativos desejam ser reconhecidos como seres que têm outros enfrentamentos além da dor física. Isso porque eles também são acometidos por conflitos existenciais e necessidades que podem não ser contemplados, de forma íntegra, no ambiente hospitalar. Eles compartilham seus medos e ansiedades com seus familiares e buscam sentir-se cuidados, apoiados e compreendidos por aqueles ao seu redor. Para que o cuidado no fim da vida seja eficaz, é fundamental que os profissionais de saúde estabeleçam uma relação interpessoal caracterizada pela empatia e compaixão em suas práticas. Nesse contexto, são necessárias mais do que habilidades técnicas para diagnóstico e tratamento; os pacientes esperam uma relação fundamentada na compaixão, no respeito e na empatia (Silva; Araújo, 2012).

Os profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos carregam uma grande responsabilidade, que inclui a defesa da vida e o alívio do sofrimento do paciente. Diante

da finitude humana, esses profissionais precisam atuar com equilíbrio, oferecendo um cuidado integral ao paciente e também à família.

Sobre a atuação dos responsáveis pelo atendimento a pacientes de tratamento paliativo, Pulga (2020, p. 165) considera que:

A equipe de cuidados multidisciplinar envolve diversos profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos como principais protagonistas do cuidado do paciente e também da sua família, entre outros. A base disso tudo é a longitudinalidade e integralidade do cuidado, além desse cuidado ser focado na pessoa, em suas necessidades, sempre respeitando seus desejos e valores morais como indivíduo, não ferindo o princípio ético da autonomia. Para que haja um cuidado centrado no paciente e não na doença, é necessário que exista uma equipe multidisciplinar ativa, com o desafio de tratar não somente a dor, como também levando em conta aspectos sociais, morais, psicológicos e espirituais.

O processo de morte e de morrer é complexo, e é responsabilidade de toda a equipe de saúde adquirir conhecimento sobre o tema, no intuito de lidar de maneira profissional com as situações que envolvem tanto o início quanto o fim da vida (Franco, 2019).

Em “Ser e Tempo”, Heidegger ([1927] 2014) elucida que a finitude humana é um aspecto central da existência, desse modo, para ele, a morte é uma possibilidade constante e inescapável para o ser humano. O autor descreve a morte como o “fim” a partir do qual se define o ser, não no sentido de um evento final, mas como uma presença que dá forma a toda a nossa vida. A consciência da morte, ou *ser-para-a-morte*, é o que nos permite viver de maneira autêntica, reconhecendo a fragilidade da vida e a importância de cada momento.

Ao aplicar essa perspectiva ao contexto dos cuidados paliativos, fica evidente que os profissionais de saúde devem não apenas tratar a dor física, mas também oferecer suporte para abordar a dimensão existencial do paciente. O equilíbrio exigido desses profissionais, como mencionado por Franco (2019), reflete a necessidade de um cuidado que vá além das técnicas médicas, incorporando uma compreensão profunda do *ser-no-Mundo* do paciente. Isso significa reconhecer que a vida e a morte não são eventos isolados, mas partem de uma continuidade existencial, condição vivenciada pelos pacientes em seus próprios termos.

Profissionais que trabalham com assistência em fim de vida devem colaborar em uma equipe multidisciplinar e estar aptos a enfrentar os sentimentos de medo, angústia e

sofrimento dos pacientes e de seus familiares. Eles devem orientar seu trabalho com base em um equilíbrio cuidadoso entre a realidade da finitude e as necessidades do paciente, mantendo sempre o respeito e a dignidade (Cassorla, 2009).

Hermes e Lamarca (2013) afirmam que o papel do psicólogo é essencial tanto na prevenção à doença quanto nas diferentes fases do tratamento, ressaltando a importância de uma abordagem abrangente no cuidado ao paciente oncológico. Em particular, no contexto dos cuidados paliativos, o psicólogo desempenha um papel crucial ao lidar com distúrbios psíquicos que geram estresse, depressão e sofrimento. Além de oferecer suporte emocional à família, o profissional facilita a compreensão das diferentes fases da doença e se esforça para garantir que a autonomia do paciente seja respeitada ao longo de todo o processo.

4. A PSICOLOGIA EXISTENCIALISTA COMO SUPORTE À FINITUDE

Conforme Beaufret (1976), a essência é vista como algo fixo e inerente, enquanto a existência envolve um movimento contínuo e transformador, refletindo a ideia de mudança. Esse conceito se alinha à perspectiva existencialista de Sartre, segundo a qual, de acordo com Marques (1998), a existência precede a essência apenas no ser humano, uma vez que ele é livre, ao contrário dos outros seres, os quais são predeterminados e apenas “são”. A liberdade humana, nesse contexto, é o que permite essa constante transformação e passagem de um estado para outro, caracterizando a existência como um processo dinâmico.

Segundo Schopenhauer (1986), o ser humano, ao contrário dos animais, possui consciência da morte, o que o leva a uma reflexão profunda sobre sua existência, considerando o passado e o futuro. Essa consciência acarreta um sofrimento que transcende o presente imediato. Em decorrência desse fenômeno, emergem a filosofia e a religião como respostas à incessante busca pelo significado da vida.

Pela filosofia existencial, a liberdade do sujeito é a capacidade de direcionar sua própria vida, o que implica ao indivíduo responsabilidade por suas ações. No entanto, essa liberdade é condicionada, uma vez que é limitada pelas normas e regras da sociedade. Essa divergência entre a liberdade individual e as imposições sociais pode levar a confrontos, como o dilema ético entre normas sociais e valores pessoais, a pressão social que limita a autonomia, e a tensão entre desejo de mudança e necessidade de

conformidade com as regras sociais, pois o homem, ao viver em sociedade, deve lidar com os fatos sociais para poder conviver em comunidade (Marques, 1998).

De acordo com Marques (1998, p. 78):

O homem escolhe o que projeta ser, usando de sua liberdade. E os seus valores serão criados através da escolha por ele feita, escolha da qual não há como fugir, pois mesmo a recusa em não escolher já é uma escolha. Assim, ao escolher, nota-se com evidência a sua liberdade.

Em “O Conceito de Angústia”, Kierkegaard (1844) sustenta que a existência humana é inerentemente marcada por várias formas de angústia: a angústia da liberdade ou do nada; a angústia do mal ou da fraqueza; a angústia do bem ou da obstinação; a angústia relacionada à sexualidade; a angústia diante do futuro; e a angústia da finitude. Entre essas manifestações, a última reveste-se de especial relevância para a compreensão da experiência vivida por pacientes oncológicos em estágio terminal. A angústia do finito surge expressando a percepção direta e iminente da morte, um sentimento que, para esses indivíduos, assume uma intensidade profundamente marcante.

O paradigma vida e morte assola o ser humano, gerando angústias, reflexões, estudos e até mesmo negações. Conforme Yalom (2006, p. 19), a vida e a morte estão interligadas, com a morte constantemente presente: “a morte [...] nos chama continuamente; está sempre presente, tocando uma porta interior, murmurando suavemente, quase imperceptível, sob a superfície da consciência”. Embora o ser humano esteja ciente da morte como uma constante em sua existência, ele não tem controle sobre o tempo, a forma ou o momento exato em que esse encontro inevitável ocorrerá.

Merleau-Ponty (1945) desenvolve o conceito de “existência encarnada” para descrever como a consciência e a percepção do mundo estão profundamente interligadas com o corpo. Para ele, o corpo é o “sujeito percebido”, e a experiência do mundo é mediada pelas sensações e movimentos corporais. Essa perspectiva se opõe a uma visão dualista que separa mente e corpo, enfatizando, em vez disso, a unidade entre o corpo e a experiência subjetiva.

Para pacientes com câncer, o corpo, que anteriormente era considerado um dado natural e funcional, transforma-se em um campo de luta e sofrimento. Essas transformações incluem alterações físicas visíveis e internas, como perda de peso, dor, fadiga e mudanças na aparência. A percepção de estar em um corpo que está falhando ou se transformando pode levar a uma sensação de alienação e estranhamento, a qual é descrita por Maurice Merleau-Ponty como uma modificação na “experiência encarnada”.

Gallagher e Zahavi (2012) sustentam essa análise, evidenciando que as modificações na condição corporal têm um impacto profundo na percepção e na interação do indivíduo com o mundo, demonstrando uma ruptura na relação entre o corpo e a subjetividade.

De acordo com Sá *et al.* (2024), os pacientes com câncer geralmente enfrentam um agravamento na saúde mental, o que impacta de forma negativa a qualidade de vida dessas pessoas e, por consequência, a adesão ao tratamento. Isso pode resultar em desfechos menos favoráveis em relação ao avanço a doença, tornando essencial que os esforços sejam direcionados para a integração e a acessibilidade dos serviços de saúde mental.

Aproximadamente 10% dos pacientes diagnosticados com câncer precisarão de apoio psicológico e cuidados formais de saúde mental dentro do primeiro ano após o diagnóstico. De forma alarmante, 73% dos pacientes oncológicos que sofrem de depressão não recebem o tratamento adequado, apesar da potencial eficácia desses cuidados. A depressão é muitas vezes subdiagnosticada e insuficientemente tratada em pacientes com câncer, não obstante o estágio do tratamento (Fernando, 2020).

O luto antecipatório, que envolve reações como raiva, depressão e desorganização, compartilha funções essenciais com o luto tradicional, como a aceitação da realidade da perda e o processamento da dor associada. De acordo com Worden (1998), ambos os tipos de luto demandam que os envolvidos se adaptem ao novo contexto gerado pela perda. Nesse contexto, a elaboração precoce dos significados atribuídos à experiência da finitude pode facilitar o enfrentamento e a validação da perda real. Dessa forma, o processo de luto, sendo ele antecipatório ou não, é crucial para a adaptação emocional e psicológica dos indivíduos.

Kübler-Ross ([1969] 2000) define o luto antecipatório como um processo crucial de preparação que o paciente deve enfrentar antes da separação definitiva. Esse processo abrange várias dimensões da vida, como os aspectos físicos, emocionais e espirituais. Em pacientes em estágio terminal, essa preparação envolve lidar com perdas anteriores, bem como aquelas que estão por vir relacionadas à morte: o luto pelo que não foi realizado; o luto pelos planos, os quais não se concretizarão; e o luto pela vida atual, incluindo o distanciamento do cotidiano, a perda de funções e papéis familiares e sociais, além da privação de autonomia (Periyakoil; Hallenbeck, 2002).

A maneira como cada indivíduo lida com uma doença grave e a iminência da morte está intimamente ligada à forma como seu projeto de ser foi vivido e estruturado

até aquele momento. A partir dessa relação, a pessoa encontra os recursos necessários para enfrentar a experiência de adoecer e a realidade de que sua vida pode ser encerrada pela condição (Langaro; Schneider, 2020). De acordo com Sartre, mesmo diante do adoecimento, a pessoa continua a exercer sua liberdade ao escolher como reagir à situação — seja preservando, reformulando ou superando seu projeto existencial (Sartre, 1976). Assim, mesmo frente à finitude, o indivíduo mantém a capacidade de decidir como abordar essa realidade, definindo o significado atribuído à própria existência e ao processo de morrer.

Assim, a psicologia existencialista oferece um suporte significativo ao enfrentar esse processo de término, abordando questões profundas sobre a vida, a morte e o significado da existência. Concentra-se, dessa forma, na experiência individual e na busca por propósito diante da inevitabilidade da morte, com o objetivo de promover uma compreensão mais profunda e uma aceitação mais tranquila da própria mortalidade. A partir dessa perspectiva, temos suporte para reconhecer o projeto dinâmico, conforme designa Heidegger ([1927] 2014), isto é, ele descreve a realidade humana a partir de escolhas e objetivos pessoais. Esse processo permite aos indivíduos reconhecerem e integrarem a finitude em suas vidas, o que pode reduzir o medo e a ansiedade associados a ela.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem psicológica no contexto do cuidado paliativo é um elemento essencial que transcende a mera intervenção médica, ressaltando a importância da humanização e da compreensão da experiência vivida pelo paciente. Ao longo deste estudo, foi possível percebermos que a consciência da finitude e a aceitação da morte são aspectos centrais na vivência dos indivíduos em fase terminal. A literatura revisada, incluindo as contribuições de diversos pensadores, enfatiza que a morte deve ser vista não apenas como um fim, mas como uma parte intrínseca da vida, responsável por moldar a autenticidade da existência.

Os profissionais de saúde, ao oferecerem suporte psicológico, devem estar preparados para enfrentar as complexidades emocionais e existenciais que surgem nesse contexto. Isso implica em uma escuta ativa e empática, possibilitando ao paciente se sentir seguro para expressar suas angústias, medos e esperanças. A criação de um espaço preservado para a expressão emocional é fundamental, pois permite que os pacientes

reflitam sobre suas vidas, suas relações e o significado atribuído à sua experiência de adoecimento.

Além disso, é crucial aos profissionais de saúde adotarem uma abordagem multidisciplinar, colaborando com outros membros da equipe para garantir que todas as dimensões do sofrimento humano sejam abordadas. Isso inclui não apenas o alívio da dor física, mas também a consideração das necessidades emocionais, sociais e espirituais dos pacientes e de suas famílias. A integração de diferentes saberes e práticas pode enriquecer o cuidado, proporcionando uma experiência mais holística e significativa para aqueles que enfrentam a morte.

Por fim, a formação contínua dos profissionais de saúde é vital para que estejam aptos a lidar com as questões existenciais inerentes ao cuidado paliativo. A reflexão sobre a finitude e a busca por um sentido na experiência da morte devem ser temas constantemente explorados e discutidos tanto na prática clínica quanto na formação acadêmica. Somente assim será possível promover um final de vida digno e significativo, que respeite a individualidade de cada paciente e valorize a vida até seus últimos momentos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. A. F.; GOMES, P. A.; ULTRICH, R. A.; MANTUANI, S. B. **Psico-Oncologia: caminhos de cuidado**. São Paulo: Summus Editorial, 2019.

ARRIEIRA, I. C. DE O. et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1-8, 2018.

BEAUFRET, J. **Introdução às Filosofias da Existência**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

BOAVENTURA, J. R.; PESSALACIA, J. D. R.; MARTINS, T. C. R.; SILVA, A. E. da; MARINHO, M. R.; NETO, P. K. da S. Participação e controle social no contexto político dos cuidados paliativos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [S. l.], v. 9, 2019.

BORGES, A. D. V. S.; SILVA, E. F. da; MAZER, S. M.; TONIOLLO, P. B.; VALLE, E. R. M. do; SANTOS, M. A. dos. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 361–369, maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer**. Brasília, DF: [2024]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer>>. Acesso em: 4 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 41, de 23 de novembro de 2018. Estabelece as Diretrizes para a organização dos cuidados paliativos a serem implementados nas Redes de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 nov. 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html>. Acesso em: 5 set. 2024.

CAMPOS, E. M. P.; RODRIGUES, A. L.; CASTANHO, P. Intervenções psicológicas na psico-oncologia. **Mudanças**, v. 29, n. 1, p. 41-47, jun. 2021.

CASTRO, Fernando Gastal de; EHRLICH, Irene Fabricia. **Introdução à psicanálise existencial**: existencialismo, fenomenologia e projeto de ser. Curitiba Pr: Jurua, 2016, p. 250.

CASSORLA, R. M. S. A negação e outras defesas frente à morte. *In.*: SANTOS, F. S. (Org.). **Cuidados Paliativos**: Discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p. 59-76.

CHIATTONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. *In.*: ARGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia da saúde**: um novo significado para a prática clínica. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cengage Learning, 2011, p. 145-245.

COSTA DE OLIVEIRA, L. Cuidados Paliativos: Por que Precisamos Falar sobre isso?. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 4, p. 1-3, 2019.

COSTA JUNIOR, Á. L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia**: Ciência e Profissão, v. 21, n. 2, p. 36-43, jun. 2001.

FERNANDO, A. Mental health and cancer: why it is time to innovate and integrate—a call to action. **European Urology Focus**, v. 6, n. 6, p. 1165–1167, nov. 2020.

FONSECA, R.; CASTRO, M. M. A importância da atuação do psicólogo junto a pacientes com câncer: uma abordagem psico-oncológica. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 2, n. Ed. Esp. 1, p. 54–72, 2016.

FRANCO, I. S. M. **Morte e luto em cuidados paliativos**: vivência de profissionais de saúde. 2019. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Cuidados Paliativos), Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2019.

GALLAGHER, S.; ZAHAVI, D. **The phenomenological mind**. London: Routledge, 2012.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Tradução de Marcia de Sá Cavalcante. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2014 [1927].

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577–2588, set. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro_abc_6ed_0.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2024.

KIERKEGAARD, S. **O conceito de angústia**. Tradução Álvaro Luiz Montenegro Valls. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

KOVÁCS, M. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KRUSE, M. H. L.; VIEIRA, R. W.; AMBROSINI, L.; NIEMEYER, F.; SILVA, F. P. da. Cuidados paliativos: uma experiência. **Clinical and Biomedical Research**, [S. l.], v. 27, n. 2, 2007.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução T. L. Kipnis. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

LANGARO, F.; SCHNEIDER, D. R. Trajetórias existenciais e projeto de ser de pacientes com câncer. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 6, n. 2, p. 273–293, 2020.

LOPES, N.; MUNER, L. Atuação do Psicólogo na Equipe Multidisciplinar de Cuidados Paliativos com Pacientes Oncológicos. **Revista Cathedral**, v. 2, n. 4, p. 132-142, 2020.

MARENGO, M.; FLAVIO, D.; SILVA, R. H. A. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. **Medicina. Revista MEDICINA**, Ribeirão Preto, v. 42, p. 286-293, 2009.

MARQUES, I. H. Sartre e o Existencialismo. **Revista Eletrônica Funrei**, São João del-Rei, p. 75-80, 1998.

MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da Percepção. 1. Ed. Paris. La Librairie Gallimard, 1945.

MEDICI, A. C. Custos do tratamento do câncer no Brasil: Como melhorar o foco. **Blog Monitor de Saúde**, v. 12, n. 88, 2018.

MELO, A. C. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. **Psicologia Saúde e Doenças**, v. 14, n. 3, p.452-469, 2013.

MELO, L. L. “E a luz está se apagando...”: vivências de uma criança com câncer em fase terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 566-575, 1999.

MENDES, E. C.; VASCONCELOS, L. C. F.; SANTOS, A. P. M. B. Cuidados paliativos no Brasil: discutindo o conceito. **Cadernos de Saúde**, v. 10, n. 2, p. 55–64, 2018.

PERDIGÃO, M. M. de M.; RODRIGUES, A. B.; CARVALHO, R. E. F. L. de; OLIVEIRA, S. K. P. de; ANJOS, S. de J. S. B. dos; ALMEIDA, P. C. de. Distress em Pacientes Oncológicos no Brasil: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 68, n. 3, p. e-182402, 2022.

PERIYAKOIL, V. S.; HALLENBECK, J. Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life. **American Family Physician**, v. 65, n. 5, p. 883-890, 2002.

PRATES, M. Totalidade e finitude: sobre a singularização em Sartre. **Trans/Form/Ação**, v. 46, n. 1, p. 177-208, jan. 2023.

PULGA, G.; CASSOL, L.; AMARAL, M.; JANUÁRIO, A. G. de F.; FELDKERCHER, N.; NODARI, T. M. dos S. O trabalho da equipe multidisciplinar na melhoria da qualidade de vida de pacientes em estágio terminal com foco nos cuidados paliativos. **Unoesc & Ciência - ACBS**, v. 10, n. 2, p. 163-168, 2020.

SÁ, L. B. de; XAVIER, B. Saúde mental e impactos psicológicos em pacientes oncológicos. *In.*: FLORIDO, A. J.; CAMPOS, C. M. da S. S.; SOUZA, C. M. M. de; RODRIGUES, F. M.; GUERRA, J. A. C. T. C.; VIEGAS, L. M. M.; MOUTINHO, L. S. M.; VALENTIM, O. M. M. de S.; FIGUEIREDO, P. R. C.; CORREIA, T. S. P. (Orgs.). **Perspectivas Multidisciplinares em Saúde: Práticas Integrativas entre Brasil e Portugal**, vol. 1. [S.l.: s.n.], p. 443-447, 2021.

SANTOS, M. de O.; LIMA, F. C. da S. de; MARTINS, L. F. L.; OLIVEIRA, J. F. P.; ALMEIDA, L. M. de; CANCELA, M. de C. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, p. e-213700, 2023.

SANTOS, R. D. P. PEREIRA, B. C.; FAVA, S. M. C. L.; RESCK, Z. M. R.; DÁZIO, E. M. R. Fatores contextuais da comunicação do diagnóstico de câncer no processo de finitude e morte. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 2, p. 134, 21 maio 2018.

SARTRE, J-P. **O ser e o nada**: ensaio de ontologia fenomenológica. Tradução de Paulo Perdigão. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2019.

SARTRE, J-P. **O ser e o nada**. Tradução de Paulo Perdigão. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

SARTRE, J-P. **O existencialismo é um humanismo**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013 [1946].

SCHNEIDER, D. R. **Sartre e a psicologia clínica**. Florianópolis: UFSC, 2011.

SCHOPENHAUER, A. **O mundo como vontade e representação**. Tradução Correia M.F. Rio de Janeiro: Editora Contraponto, 1986.

SILVA, M. J.; ARAÚJO, M. Comunicação em cuidados paliativos. *In.*: CARVALHO, T.; PARSONS, H. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2012, p. 75-85.

SOUSA, L. P. de; SOUTO, L. de S.; BARBOSA, R. R. B. **Historical process and public policies related to palliative care in Brazil**. Seven Editora, p. 554–566, 2024.

TESTON, E. F.; FUKUMORI, E. F. C.; BENEDETTI, G. M. dos S.; SPIGOLON, D. N.; COSTA, M. A. R.; MARCON, S. S. Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. e20180017, 2018.

Veit MT, Carvalho VA. **Psico-Oncologia**: um novo olhar para o câncer. *O Mundo da Saúde*. V. 34, n. 4, p. 526-530, 2010.

VENDRUSCOLO, J. Visão da criança sobre a morte. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, p. 26-33, 2005.

WORDEN, J. W. **Terapia do luto**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

YALOM, I. **Os desafios da terapia**: reflexões para pacientes e terapeutas. Tradução Vera de Paula Assis. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Autor:

Autor:

Autor: