

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA – FAMED
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO EM ONCOLOGIA

LAURA TURATTI BARBOSA

**ADOCIMENTO, MORTE E PSICO-ONCOLOGIA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

UBERLÂNDIA – MG

2023

LAURA TURATTI BARBOSA

**ADOCIMENTO, MORTE E PSICO-ONCOLOGIA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado a Universidade Federal de Uberlândia, orientado pela Ma. Márcia de Oliveira Prata, como requisito parcial para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

Área de Concentração: Atenção em Oncologia

Orientadora: Márcia de Oliveira Prata

UBERLÂNDIA – MG

2023

LAURA TURATTI BARBOSA

**ADOCIMENTO, MORTE E PSICO-ONCOLOGIA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado a
Universidade Federal de Uberlândia, orientado pela
Ma. Márcia de Oliveira Prata, como requisito parcial
para conclusão do Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde.

Área de concentração: Atenção em Oncologia

Uberlândia, 02 de fevereiro de 2023.

Banca Examinadora:

Márcia de Oliveira Prata – Mestra (PUC-Goiás)

Beatriz Oliveira Valeri – Doutora (USP – Ribeirão Preto)

Marisa Aparecida Elias – Doutora (USP – Ribeirão Preto)

Vitória de Ávila Santos – Mestra (UFTM)

Resumo

A experiência do ser humano com o processo de adoecer desencadeia importante mobilização multidimensional. O diagnóstico oncológico carrega consigo mudanças, novas significações e sentimentos que tornam a finitude ainda mais ameaçadora para esses pacientes. O trabalho teve como objetivo relatar a experiência de uma psicóloga atuante em um Programa de Residência Multiprofissional (RMS) na área de Atenção em Oncologia, dando ênfase à atuação da psico-oncologia no processo do adoecer, finitude e morte vigente no contexto hospitalar. Os resultados evidenciam que diferentes demandas psíquicas se fazem presentes ao longo do processo do adoecer, sendo essencial o olhar para singularidade de cada sujeito e para cada momento por este vivenciado. Compreende-se que a livre discussão do processo de morte e morrer podem contribuir para uma melhoria da qualidade de vida e de morte. Além de que, o processo de perda e luto vivenciados ao longo da vida demonstram que a morte pode ser ressignificada em possibilidades mais singulares de existência.

Palavras-chave: adoecimento; finitude; hospital; morte; psico-oncologia.

Abstract

The human being's experience with the process of becoming ill triggers an important multidimensional mobilization. The oncological diagnosis carries with it changes, new meanings and feelings that make finitude even more threatening for these patients. The objective of this work was to report the experience of a psychologist working in a Multiprofessional Residency Program (RMS) in the area of Oncology Care, emphasizing the performance of psycho-oncology in the process of falling ill, finitude and death in the hospital context. The results show that different psychic demands are present throughout the illness process, being essential to look at the uniqueness of each subject and for each moment experienced by him. It's understood that the free discussion of the process of death and dying can contribute to an improvement in the quality of life and death. In addition, the process of loss and mourning experienced throughout life demonstrates that death can be re-signified into more unique possibilities of existence.

Keywords: illness; psycho-oncology; finitude; death; hospital.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, formula o conceito de saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência da doença. A partir desta definição, o conceito de saúde começa a ser questionado no que tange à visão dicotômica de saúde e doença, não sendo mais suficiente a antiga concepção de saúde centrada na ausência de enfermidades. Na atualidade, apesar de considerado um conceito por vez utópico, é a partir dele que o cuidar em saúde se volta para uma visão holística do sujeito e de seu adoecimento (Buss, 2003).

Entende-se adoecimento como a experiência pessoal e subjetiva de quem está doente, sendo esta diferente e singular para cada indivíduo. Logo, tem-se o adoecimento como uma experiência única (Ferreira, 2014). De acordo com Vieira e Marcon (2008), a forma como os indivíduos de uma dada sociedade compreendem a doença é fundamental na determinação do modo de enfrentamento desta. Assim, a doença está intimamente relacionada à cultura, bem como a saúde e a forma de reconhecer e tratar a doença estão diretamente relacionadas à visão de mundo do sujeito, a qual é influenciada diretamente por crenças, atitudes e valores culturalmente construídos.

A experiência do ser humano com o processo de adoecer desencadeia importante mobilização, principalmente quando a doença que se manifesta é considerada grave ou incurável, como o câncer (Oliveira & Cury, 2016). Atualmente, este é considerado um problema de saúde pública mundial, uma patologia crônica degenerativa que pode se manifestar como um conjunto de doenças de diferentes tipos e graus de letalidade. Devido a sua complexidade, pode comprometer de forma significativa a vida tanto de pacientes quanto de familiares em diferentes dimensões (Sette & Capitão, 2018).

Segundo Sette e Capitão (2018) o diagnóstico de câncer carrega um estigma negativo e ameaçador, sendo a doença, muitas vezes, considerada sinônimo de sofrimento e morte. Devido ao impacto do diagnóstico, os conflitos e sofrimentos emocionais podem levar o paciente a uma condição de desamparo, desesperança, estresse e angústia emocional. Neste contexto, a psico-oncologia visa atuar frente ao processo de elaboração e ressignificação do adoecimento oncológico, desenvolvendo um trabalho conjunto com indivíduo, familiares e equipe (Monteiro & Lang, 2015).

O conceito de psico-oncologia surge como uma interface entre conhecimentos da psicologia com a oncologia. Uma das características do trabalho do psico-oncologista refere-se ao atendimento aos usuários e a seus familiares, especialmente em casos de terminalidade e morte. O diagnóstico de câncer implica uma reorganização de expectativas e adaptação às mudanças ocasionadas pelo adoecimento para todas as partes envolvidas. As mudanças podem ocorrer em múltiplas dimensões, desde alterações físicas, nos relacionamentos interpessoais, bem como na percepção que o indivíduo carrega sobre si. O paciente começa a vivenciar o medo da mutilação corporal, da dor, do futuro e também da morte (Sette & Gradvohl, 2014).

Dessa forma, o diagnóstico da doença, as dificuldades decorrentes do tratamento e os riscos de morte associados, evocam sentimentos que tornam a finitude ainda mais ameaçadora para esses pacientes (Reis, Olesiak, Quintana et. al., 2018). O ato de morrer, além de ser um fenômeno biológico natural, contém intrinsecamente uma dimensão simbólica, repleta de valores e significados que se relacionam com o contexto sociocultural e histórico em que esta se manifesta. Numa era em que o ser humano é fragmentado e a morte é deslocada para o hospital, o psicólogo hospitalar tem como

função resgatar a integralidade do sujeito hospitalizado, dando-lhe voz e proporcionando-lhe uma escuta diferenciada (Araújo, 2008).

De acordo com Faria (2017), morte e câncer ainda são termos evitados na sociedade e cultura brasileira, sendo sua abordagem um desafio. O diagnóstico de câncer tem um impacto significativo na saúde física e mental do indivíduo e em suas condições sociais, acometendo sua qualidade de vida. Embora inevitável, a finitude desencadeia questionamentos pessoais e profissionais. Cada indivíduo vê a morte e lhe atribui um sentido de acordo com suas vivências e aprendizagens, associando a etapa em que se encontra no processo de desenvolvimento vital (Borges, et al., 2006).

A pessoa portadora de uma doença crônica grave, como o câncer, traz a tona pensamentos que diz respeito a sua própria existência e atribui um significado para sua doença e seu tratamento. O fato de pensar sobre a morte ocasiona também o pensar na própria vida e como está tem sido vivida. O acompanhamento psicológico ao paciente oncológico o auxilia no enfrentamento de suas angústias de morte despertadas pelo processo de adoecimento e/ou terminalidade (Borges et al, 2006).

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma psicóloga atuante em um Programa de Residência Multiprofissional (RMS) na área de Atenção em Oncologia. O trabalho busca enfatizar a atuação da psico-oncologia no processo do adoecer, finitude e morte vigente no contexto hospitalar, com um olhar tanto ao sujeito adoecido quanto aos seus familiares e equipe. Ressalta-se que as denominações de “família” foram empregadas compreendendo a pluralidade de suas composições, que incluem laços consanguíneos ou não, as relações não formalizadas por parentesco e os vínculos entre os membros (Schmidt, Gabarra & Gonçalves, 2011).

Método

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo de abordagem qualitativa na modalidade de relato de experiência, fundamentado na vivência de uma psicóloga atuante no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) de um Hospital de Clínicas localizado no interior do estado de Minas Gerais. A vivência ocorreu durante o período de dois anos de vigência da especialização, tendo como ênfase a atuação na Atenção em Oncologia.

O relato de experiência no meio acadêmico tem a intenção de descrever a experiência vivida e valorizá-la por meio da utilização de referenciais teórico-metodológicos que darão embasamento científico e reflexão crítica (Mussi, Flores & Almeida, 2021). Desse modo, o trabalho traz reflexões acerca da experiência vivenciada em uma enfermaria oncológica, construída através da prática hospitalar articulando pressupostos teóricos importantes para fomentar e sustentar as discussões.

O trabalho consistiu em atendimentos realizados aos pacientes diagnosticados com câncer, internados na enfermaria do hospital juntamente de seus acompanhantes. Com isso, o psicólogo, enquanto profissional presente na equipe multiprofissional de saúde tem a possibilidade de ofertar o seu serviço realizando atendimento com o paciente beira-leito, com o próprio familiar que o acompanha e também a equipe de saúde. Como forma de aprimoramento teórico e técnico eram realizadas também supervisões semanais com profissional preceptor juntamente com demais residentes da especialidade.

As discussões do trabalho têm como aporte teórico a Psicologia da Saúde. Utilizou-se de proposições dos trabalhos de Kovács (1992, 2008, 2016), Franco (2021) e

Kubler-Ross (2017) que forneceram subsídio para fundamentar as discussões teóricas, além de destacar os trabalhos de Silva (2005; 2009), Campos, Rodrigues e Castanho (2021) e Faria e Figueiredo (2017) que abordam com rigor acerca da temática do adoecimento, morte e luto possibilitando que novos estudos e reflexões possam surgir a partir deles.

Resultados e Discussão

A análise descrita dos resultados foi dividida em quatro tópicos, sendo eles: “Psicologia e Adoecimento Oncológico”, “Processo de finitude, morte e morrer”, “Perda e Luto”, “Desafios na Prática Multiprofissional e Educação para a Morte”. Tais tópicos foram desenvolvidos e descritos a partir da convergência entre conceitos da teoria e prática profissional acerca das temáticas de finitude, adoecimento e psico-oncologia.

Psicologia e Adoecimento Oncológico

De acordo com Campos, Rodrigues e Castanho (2021), o trabalho da psicologia no atendimento a pacientes oncológicos visa fornecer a estes, aos profissionais de saúde, às famílias envolvidas e à comunidade um novo olhar sobre o câncer, uma possibilidade de compreender o processo de adoecer como consequência de fatores biopsicossociais, propõe ainda a possibilidade de um maior entendimento das respostas psicológicas ao adoecimento, aos tratamentos, à reabilitação, à sobrevivência e a ideia de finitude.

No contexto dos atendimentos realizados durante a residência multiprofissional em psico-oncologia, observa-se que diferentes demandas psíquicas se fazem presentes ao longo do processo do adoecer. Tais demandas englobam desde os sentimentos despertados pela descoberta diagnóstica, pelo tratamento a ser realizado e suas

especificidades (quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia, procedimentos cirúrgicos, transplantes, entre outros), até pela possibilidade de cura, remissão ou também do fim da vida. O acompanhamento psicológico realizado na internação hospitalar evidencia a singularidade de cada sujeito e de cada momento por este vivenciado. Além de demonstrar o alcance da atuação do psicólogo em diferentes fases do tratamento e também no contexto hospitalar.

De acordo com Silva (2009), apesar dos inegáveis avanços e descobertas inovadoras no âmbito dos tratamentos oncológicos, cabe lembrar que nenhum deles se coloca ainda como garantia de sucesso do tratamento, envolvendo riscos, além da perda de autonomia e mudanças na vida do sujeito e dos envolvidos neste processo. Nota-se, através da experiência profissional na residência em oncologia, que pacientes e familiares precisam se preparar de forma holística para enfrentar uma jornada de tratamento que se revela como um caminho desafiador e incerto.

Os atendimentos realizados em enfermaria evidenciam também a concepção de que o tratamento oncológico envolve lidar com uma significativa carga e demanda emocional. O convívio com os efeitos colaterais do tratamento, a realização de procedimentos invasivos e dolorosos, as mudanças de vida ocasionadas pelo adoecimento em seu corpo, sua rotina, no âmbito social, no trabalho e nas finanças além da constante incerteza em relação aos resultados levam os envolvidos a experimentar sentimentos muitas vezes ambivalentes e ansiogênicos. Para Silva (2005), enfrentar um tratamento oncológico pode ser definido como uma experiência de perdas e de incerteza acerca do futuro.

Dessa forma, compreende-se que o câncer é uma doença que envolve muitas representações negativas, sendo muitos os impactos gerados na vida dos sujeitos que o

vivenciam. Na prática da psico-oncologia nota-se que tais impactos começam desde o recebimento do diagnóstico, os quais, muitas vezes, causam espanto e incertezas, sendo a escuta e o acolhimento ao sujeito adoecido um caminho importante para uma melhor compreensão do momento e das angústias vivenciadas. Já o processo de hospitalização e o tratamento, evocam a concepção de um corpo adoecido e finito, mas também a esperança pelas chances de remissão ou cura (Silva, 2005).

Nos casos em que a finitude e a terminalidade se mostram inevitáveis, considerar as possibilidades existentes frente ao processo de fim de vida, proporcionando maior conforto e qualidade de vida aos envolvidos apresenta-se como uma prática essencial nos hospitais. A implantação de *hospices* também representa um importante serviço de acolhimento e humanização frente ao processo de fim de vida. Ao longo da vivência da residência, ter a possibilidade de acompanhar pacientes encaminhados ao serviço de cuidados paliativos, um local de intermédio entre a própria casa e o hospital, revelou-se como uma grandiosa alternativa para conforto do paciente e maior tranquilidade de seus familiares.

Na prática da psicologia hospitalar são realizadas intervenções que visam ajudar o paciente e seus familiares no enfrentamento do adoecimento e na aceitação de uma nova realidade, promovendo, dessa forma, melhorias na qualidade de vida destes sujeitos (Kovács, 2008). Dentre as intervenções psicológicas realizadas ao longo da residência multiprofissional, destacam-se: o acolhimento, o suporte emocional, a escuta qualificada e a validação dos sentimentos relatados pelos pacientes e acompanhantes, os quais favorecem uma melhor expressão de seus sentimentos. Busca-se compreender também os recursos internos de enfrentamento destes, suas motivações, desejos e angústias presentes no momento.

Para Kovács (2008), o paciente oncológico precisa desenvolver recursos psicossociais de enfrentamento para conseguir lidar com o estresse resultante do adoecimento e, assim, melhorar sua qualidade de vida. A esperança aparece como importante fator de proteção na trajetória do paciente oncológico, podendo ser compreendida de formas distintas com o transcorrer do tratamento. Na fase inicial do diagnóstico, esta aparece, em geral, com foco na cura. Já em um momento próximo a terminalidade, a esperança pode passar a simbolizar a vivência de aspectos gratificantes no momento presente, podendo propiciar, no futuro, a possibilidade de uma morte tranquila.

Processo de finitude, morte e morrer

A morte é uma experiência humana universal. Embora seja um fenômeno natural, morte e morrer carregam uma dimensão para além do biológico, incluindo também uma dimensão social, filosófica, antropológica, espiritual, religiosa, psicológica e pedagógica. Pode ser definida como a cessação completa da vida e da existência, sendo que a única condição para que ela ocorra é a vida: elas estão intrinsecamente conectadas. Muitos são os questionamentos, desde a antiguidade e em diversas culturas, sobre o significado da morte e o que acontece quando morremos (Kubler-Ross, 2017).

Numa perspectiva sociológica, entende-se que, cada sociedade, à sua maneira, desenvolveu recursos para conviver com a ideia de finitude. Dessa forma, a morte foi se transformando numa experiência institucionalizada socialmente, composta por ritos, hábitos e técnicas (Franco, 2021). Ao analisar a morte através de uma perspectiva histórica, compreende-se que o contato com esta se modificou ao longo do tempo. Antigamente, a morte era compreendida e vivida como um fenômeno natural e coletivo. Com o passar da Idade Média esta passou a ser temida pelas pessoas, como algo que

devesse ser evitado a todo custo. Já na contemporaneidade morrer tornou-se algo desolador, triste e, sobretudo, solitário, mecânico e desumano, pois o indivíduo, ao deixar seus familiares, seu lar e seus pertences, se sente em uma situação de abandono (Kubler-Ross, 2017).

Na atualidade, a urgência em tratar e restaurar a vida acaba por restringir a autonomia dos pacientes. Dessa forma, o paciente pode vir a destituir-se de sua singularidade, deparando-se com inúmeras perdas, seja de sua privacidade, do direito de ir e vir, assim como de objetos e eventos que agregam sentido a sua existência, como o conforto de sua casa, os objetos pessoais, alimentação, visitas, higiene, medicamentos dentre outros (Kubler-Ross, 2017). Tais perdas são cotidianamente observadas no contexto hospitalar, acompanhadas também, da necessidade de realização de procedimentos invasivos para garantia da existência do sujeito adoecido, como a introdução de aparelhos, tubos e agulhas em seu corpo, acompanhados de dores e sofrimento.

No intuito de ampliar os significados em relação à oncologia e qualificar a assistência para esse perfil de pacientes, ganha importância a filosofia dos cuidados paliativos. O papel dos profissionais da saúde nos cuidados paliativos visa fazer com que o processo de cuidado ao sujeito se dê de uma forma mais humana, tranquila, individualizada, respeitando a dignidade do paciente e, inclusive seu desejo em não manter tratamentos desnecessários que lhe causem dor ou sofrimento. Para Kovács (2016) o foco deve se dar no paciente e seu direito de escolha, as decisões importantes devem ser tomadas em conjunto visando à garantia de sua dignidade até o fim da vida.

Percebe-se que a comunicação de más notícias realizada de forma clara e acolhedora influencia também o modo de enfrentamento e aceitação da gravidade e das

impossibilidades curativas do paciente. A experiência da residência também traz como reflexão a percepção de que o papel do psicólogo, neste contexto, visa acolher e compreender o sentido que os envolvidos dão ao tratamento e adoecimento, podendo estar presente tanto antes, durante e após a comunicação pela equipe médica. É importante também compreender o desejo do paciente em relação à emissão de notícias acerca de seu quadro clínico, respeitando sua autonomia, desejos e evitando a conspiração do silêncio entre equipe e familiares (Gobbi, 2020).

Os atendimentos realizados aos pacientes oncológicos atravessam o pensar sobre a finitude e os riscos de morte associados ao adoecimento e tratamento. Compreende-se, através da vivência profissional em psicologia, que, o temor em falar sobre a morte por parte dos pacientes, familiares e equipe pode resultar no isolamento de sua vivência. Já o falar sobre a morte demonstra abrir portas para a possibilidade de um novo olhar sobre a vida, além de proporcionar alívio de angústias e sofrimentos experienciados. Validar os sentimentos vivenciados pelo paciente e família, assim como, respeitar o direito de sua autonomia e ajudá-los durante o processo de finitude se faz essencial. O estabelecimento de um bom vínculo entre paciente, familiares e equipe se apresenta como recurso relevante para garantia de uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Kovács (2016) legitima a necessidade de um diálogo aberto sobre a morte com pacientes e familiares. Para a autora, é através do contato com as percepções que se carrega sobre a vida e a morte que se pode enfrentar a negação cultural quando o assunto é o fim da vida, o que proporciona melhores possibilidades de elaboração do luto. Em relação aos cuidados paliativos, a autora resgata a importância do reconhecimento da morte como um acontecimento natural sendo, a partir desta concepção, que se busca alcançar a morte com dignidade, sem antecipá-la ou prolongá-la.

Como estratégia de enfrentamento ao processo de fim de vida, Franco (2021) refere acerca da espiritualidade e a religião como recursos de alívio ao sofrimento, o qual oferecem conforto e auxiliam a dar sentido ao momento vivenciado. Em virtude disso, é importante que os profissionais da saúde como um todo levem em conta a espiritualidade e religiosidade do paciente e família ao planejar e executar suas intervenções, contribuindo para a manutenção de uma relação de respeito e confiança entre os envolvidos.

Associando à ideia da autora a vivência dos atendimentos em enfermaria, infere-se que a espiritualidade pode ser considerada um fator facilitador no processo de enfrentamento do adoecer proporcionando sentido e esperança ao momento vivenciado. Quando esta é respeitada na prática profissional favorece uma atuação pautada em um olhar sensível às diferenças e destituído de julgamentos. Apesar de apresentar muitos aspectos positivos, ressalta-se também, o fato da religiosidade poder vir associada a muitos questionamentos perante Deus, colocando em cheque a fé de familiares e pacientes frente a finitude, podendo atuar como fator dificultador no processo de enfrentamento ao adoecimento.

O processo de finitude na prática hospitalar evidencia também a importância das relações sociais. Ter uma rede de apoio presente seja da família, amigos, profissionais ou cuidadores pode influenciar positivamente na forma como cada indivíduo lida com o adoecimento, morte e luto. De acordo com Lisbôa e Crepaldi (2003), é importante que se proporcione a oportunidade de despedida aos envolvidos frente o processo de fim de vida do paciente. Tal fato pode contribuir para prevenir o surgimento de sintomas psicológicos como também para reaproximação familiar e definição de questões que estejam pendentes. A partir deste diálogo, é possível abrir espaços para o

compartilhamento de sentimentos entre os membros da família, incluindo as crianças nesse processo.

Associando tais concepções a crescente temática de cuidados paliativos, espera-se que seja possível reconstruir o pensamento e a dignidade sobre a morte, favorecendo que a autonomia e a singularidade de cada sujeito adoecido sejam respeitadas em seu processo de finitude. Nessa perspectiva, anseia-se que a sociedade possa compreender de forma mais natural que a morte é parte essencial da vida e que a livre discussão do processo de morte e morrer, podem contribuir para uma melhoria da qualidade de vida/morte.

Perda e Luto

A experiência humana de perder alguém significativo ou de ver romper-se um vínculo com uma situação que dava significado à própria vida, definindo os contornos de sua identidade, deixam marcas na biografia humana. A história da perda não começa no momento do rompimento, mas antes, quando se constroem os vínculos. Para a compreensão de uma perda, buscam-se fundamentos teóricos e modelos explicativos e interpretativos, há diversas possibilidades de compreender o luto em suas múltiplas raízes, processos, resultados e demandas de intervenção (Franco, 2021).

Franco (2021) define o luto como “processo de construção de significado em decorrência do rompimento de um vínculo” (p.24). A autora destaca a importância de que pesquisas sobre luto demonstrem alinhamento com a realidade histórica, social, cultural e populacional dos sujeitos. Traz a ideia de que o luto enquanto experiência, apesar de apresentar certas similaridades entre indivíduos e grupos, sempre terá também um cunho particular e que a tentativa de padronizá-lo não apresenta resultados favoráveis a sua compreensão.

O trabalho com luto, vivenciado na residência em oncologia, demonstrou que este se faz presente em diversos momentos, podendo ter início antes mesmo da descoberta diagnóstica para o paciente. Atuar com perdas envolve lidar com a experiência de luto que o paciente vivência, ao longo do curso da doença, pelas mudanças, restrições e limitações que este enfrenta. De maneira semelhante, quem convive com tais perdas, vê-se envolvido pelo processo de mudanças e suas implicações, que demandam aprender novos papéis, abdicar de alguns projetos ou sonhos e pensar na própria mortalidade (Franco, 2021).

De acordo com Kovács (2008), na situação do luto em razão de uma doença com risco de morte, destaca-se o conceito de luto antecipatório. É aquele que permite absorver a realidade da perda gradualmente, resolver questões pendentes com a pessoa doente, iniciar mudanças de concepção sobre a vida e identidade, fazer planos para o futuro de maneira que não sejam sentidos como traição ao doente. Compreende-se, através da prática hospitalar oncológica, que tal luto se torna ainda mais evidente nos casos onde não há mais perspectivas curativas, sendo necessário entrar em contato de forma mais concreta com a possibilidade de morte.

No luto por morte, destaca-se o rompimento de um vínculo significativo com pessoas, projetos, crenças e valores (Franco, 2021). De acordo com Kovács (1992) a morte como perda expressa, em primeiro lugar, sobre um vínculo que se rompe, de forma irreversível, sobretudo quando ocorre perda real e concreta. A vivência do luto e seu tempo são variáveis, sendo que em alguns contextos, não cessam, embora estes ocorram em menor frequência. A autora também defende que não é possível generalizar esta experiência, pois ela depende das causas e circunstâncias da perda, bem como do vínculo com o falecido. Refere que não há diferenças significativas entre o luto de

crianças, adolescentes e adultos e que o traço mais perdurável no luto é um sentimento de solidão.

Compreende-se, através da teoria e prática hospitalar, que não há uma maneira única de sofrer e de se adaptar a uma perda. O padrão específico de sintomas de luto, bem como o processo de adaptação, é único para cada situação de perda específica, influenciado por fatores individuais, bem como por normas sociais, religiosas e culturais. A intensidade e o curso são influenciados pelo tipo de relacionamento perdido, circunstâncias da morte, incluindo a idade do falecido e se a perda é repentina ou violenta, ou o resultado de uma doença crônica ou terminal (Franco, 2021).

Buscar compreender fatores de proteção e motivações do paciente, como a espiritualidade, existência de uma rede de apoio e seus desejos em fim de vida colaboram para um melhor processo de enfrentamento do adoecimento, finitude e luto. É papel do profissional de saúde considerar possibilidades existentes e desejos do paciente durante a internação frente ao seu processo de fim de vida, seja viabilizando o controle dos sintomas para possível retorno para casa, fornecendo alguma comida em especial, possibilitando visitas ou não, compreendendo o que faz sentido para o paciente naquele momento, visando um cuidado humanizado e uma melhor qualidade de vida.

Os desafios que se apresentam para a família ao enfrentar um luto passam pelo grau de tolerância à dor e ao sofrimento de cada um e de todos, podendo levar a decisões irrefletidas na tentativa de amenizar esse estado emocional e retomar o controle da vida nos moldes conhecidos, que já não existem mais. Os níveis de abertura para comunicação e de coesão entre os membros da família são fatores que auxiliam na compreensão de seus mecanismos para enfrentar o luto (Franco, 2021).

Lidar com o luto por morte envolve, aceitar a realidade da perda, enfrentar as emoções do pesar, adaptar-se à vida sem a pessoa, encontrar maneiras adequadas para lembrar o falecido, reconstituir a fé e os sistemas filosóficos abalados pela perda e reconstruir a identidade e a vida (Kovács, 2008). Dessa forma, compreende-se que embora a experiência da morte traga o esgotamento de nossas possibilidades, constitui-se, muitas vezes, em uma poderosa experiência de sofrimento que pode ser ressignificada ou traduzida em possibilidades mais singulares de existência (Dantas, 2010).

Desafios na Prática Multiprofissional e Educação para a Morte

No contexto de trabalho dos profissionais da saúde, tem-se a temática da morte presente de forma constante, sobretudo entre os que atuam em unidades hospitalares. A equipe de saúde mantém uma relação diferenciada com os pacientes que estão vivenciando o processo de fim de vida, pois asseguram contato direto e contínuo aos pacientes, acolhendo, escutando suas necessidades e criando, assim, um vínculo afetivo com os envolvidos. O preparo emocional desses profissionais para lidar com questões relativas à morte e luto faz-se essencial, tanto para a execução de condutas profissionais adequadas como também para sua própria saúde mental (Faria & Figueiredo, 2017).

Observa-se na prática da RMS, que tais profissionais também permanecem expostos a consideráveis níveis de estresse tanto pela complexidade da temática de atuação quanto pelas questões institucionais, além do contato contínuo com morte e perdas. Diante disso, Kovács (2016) coloca como fundamental à saúde mental dos profissionais de saúde o trabalho em equipe, ficando o desafio de cuidado mútuo entre eles. Para esta autora, o investimento no cuidado de quem cuida deve ser prioridade para evitar sofrimento psicológico.

Em relação aos cuidados com acompanhantes do paciente hospitalizado, compreende-se que nem sempre estes têm condições para lidar com a situação vivenciada que pode levar também a um alto nível de estresse e cansaço, além de terem que vivenciar o processo de elaboração do luto. Dessa forma, Kovács (2016) enfatiza a importância do cuidado com os familiares após a morte, como exemplo, têm-se os grupos de apoio, que podem ser feitos nos hospitais. No contexto deste relato, devido ao cenário de pandemia e a inexistência de um espaço físico adequado para realização dos encontros, não foi possível desenvolver atendimentos grupais. Como possibilidade de acolhimento pós-óbito aos familiares, dispunha-se da realização de ligações telefônicas a estes após certo tempo de falecimento do paciente.

Dado o exposto, infere-se que os desdobramentos em relação à morte envolve um preparo tanto do paciente, quanto dos acompanhantes e também dos profissionais de saúde envolvidos, sendo imprescindível o diálogo sobre o tema. Segundo Kovács (2003), o primeiro passo para a quebra do tabu em relação à morte e ao morrer envolve fazer com que essas temáticas sejam objetos de reflexões, análise e discussões. A autora traz o conceito de “educação para a morte”, como sendo um estudo sobre a possibilidade do desenvolvimento pessoal de uma maneira mais integral, pressupõe uma preparação para a morte. Visa estimular a busca de conhecimento, reflexão e discussão sobre o tema da morte.

Tal conceito pode contribuir para a diminuição dos estigmas em relação à morte, desconstruindo concepções sociais enraizadas, fomentando que profissionais contribuam para o desenvolvimento desse olhar em seus espaços pessoais e de trabalho, com benefícios não apenas para suas vidas, mas também para assistência de pacientes e familiares. Franco (2021) refere também sobre a importância dos profissionais

psicólogos serem culturalmente sensíveis, ou seja, de considerarem as diferenças culturais envolvidas em sua prática:

Devemos estar cientes da construção cultural que nos trouxe até onde estamos, a fim de sermos empáticos com essa pessoa ou comunidade, sabendo que a coincidência de valores e significados é menos importante – podendo até ser um risco, às vezes – do que ter uma comunicação empática. (p.18)

Dessa forma, compreende-se que a sensibilidade cultural no âmbito profissional favorece a execução de um trabalho mais abragente e sem distinções. Associado a isso, é também através da interdisciplinaridade, cenário em que diferentes profissionais estabelecem uma relação recíproca entre si e com os pacientes, que se favorece e fortalece o exercício de práticas humanizadas no cuidado do mesmo, visando sua reabilitação integral.

A vivência em uma enfermaria oncologia favoreceu reflexões acerca dos desafios a serem enfrentados no contexto multiprofissional. Denota-se que as residências multiprofissionais em saúde favorecem, muitas vezes, o contato com diferentes profissões, sendo um fator facilitador para compreensão dos diferentes saberes e trocas profissionais. Porém, observa-se, na vivência hospitalar também seus desafios em relação ao alcance do cuidado interdisciplinar, devido a questões institucionais, culturais e também relacionais que vão na contramão deste ideal teórico.

Pontua-se a necessidade de um olhar ainda mais amplo para formação teórica dos residentes e para capacitação dos profissionais de saúde acerca do trabalho interdisciplinar. Em relação à atuação no contexto hospitalar e na oncologia, nota-se também a importância de uma formação profissional voltada ao pensar em questões

relativas à finitude e seus desdobramentos na prática. Dessa forma, pode-se favorecer, que o conceito e a prática da educação para morte se concretize nesses espaços.

Considerações Finais

Ao descobrir-se com câncer, o paciente entra em contato com o processo de adoecimento e a necessidade do tratamento, um mundo novo, o qual, muitas vezes, proporciona novas significações acerca de sua existência. Nessa direção, aponta-se a importância da psico-oncologia, a fim de promover o olhar de forma biopsicossocial e espiritual ao sujeito, oferecendo apoio psicológico a ele, a família, a equipe e aos demais envolvidos neste processo.

Trabalhar com pacientes oncológicos no contexto hospitalar significa envolver-se com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença, visando o atendimento integral aos envolvidos e a diminuição do sofrimento inerente ao processo do adoecimento. A experiência da residência multiprofissional possibilita, além de novas vivências e conhecimentos teóricos e técnicos, a oportunidade de adentrar algumas especificidades da oncologia, como exposto neste trabalho, um maior conhecimento acerca da finitude, suas singularidades e seus desdobramentos em vida.

Referências

- Araújo, L. T. (2008). *Reflexões sobre morte na perspectiva de psicólogos hospitalares*. [Monografia. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES Curso de Psicologia. Brasília-DF].
- Borges, A. D. V. S. et al. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo [online]*. 2006, v. 11, n. 2, pp. 361-369. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200015>

- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências* (pp. 15-38). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Campos, E. M. P., Rodrigues, A. L., & Castanho, P. (2021). Intervenções Psicológicas na Psico-Oncologia. *Mudanças*, 29(1), 41-47.
- Dantas, J. B. (2010). O desafio de ser mortal: um ensaio sobre a questão da morte na atualidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(3), 898-910.
- Faria, N. C. (2017). O processo de morte e morrer de pessoas com câncer, em diferentes contextos, sob o olhar dos profissionais de saúde [Dissertação de mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP].
- Faria, S. S., & Figueiredo, J. S. (2017). Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, 15(1), 44-66.
- Ferreira, D. C. et al. (2014). A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 38(2), 283-288. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000200016>
- Franco, M. H. P. (2021). O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno. São Paulo: Summus.
- Gobbi, M. B. (2020). Comunicação de más notícias: um olhar da Psicologia. *Diaphora* Porto Alegre, v.9(1). <https://doi.org/10.29327/217869.9.2-10>.

- Kovács, M. J. (1992). Morte, separação, perdas e o processo de luto. In: Kovács, M. J. (Org.), *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 149-164). São Paulo: Casa do Psicólogo, 3a ed.
- Kovács, M. J. (2008). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus.
- Kovács, M. J. (2016). Psico-oncologia: definições, desafios e campos de atuação. In *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde*. São Paulo: Editora Escuta.
- Kubler-Ross, E. (2017). Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e os seus próprios parentes. São Paulo: Martins fontes. 10 edição.
- Lisbôa, M. L., & Crepaldi, M. A. (2003). Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 13(25), 97-109. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2003000200009>
- Monteiro, S. & Lang, C. S. (2015). Acompanhamento psicológico ao cuidador familiar de paciente oncológico. *Psicol. Argum* 33(83): 483-495.
- Mussi, R. F. de F., Flores, F. F., & Almeida, C. B. de. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, 17(48), 60-77. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>
- Oliveira, A. E. G. & Cury, V. E. (2016). Cuidar em oncologia: uma experiência para além do sofrimento. *Memorandum*, 31, 237-258.

- Reis, C. G. C., Olesiak, L. R., Quintana, A. M., & Farias, C. P. (2018). Repercussões profissionais e cotidianas do adoecimento em pacientes do sexo masculino com câncer avançado. *Psicologia em Pesquisa*, 12(1), 1-2. <http://dx.doi.org/10.24879/2018001200100315>
- Sette, C. P. & Capitão, C. G. (2018). Investigação do suporte social e qualidade de vida em pacientes com câncer. *Saude e pesqui. (Impr.)*. 11(1), 151-162. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n1p151-162>
- Sette, C. P., & Gradwohl, S. M. O. (2014). Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. *Revista de Psicologia da UNESP* 13(2).
- Silva, L. C. (2005). Vozes que contam a experiência de viver com câncer. *Psicol. Hospitalar*, 3(1), 1-17.
- Silva, L. C. (2009). O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. *Psicologia para América Latina*, (16).
- Schmidt, B., Gabarra, L. M. e Gonçalves, J. R. (2011). Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia (Ribeirão Preto) [online]*. 21(50), 423-430. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000300015>
- Vieira, M. C. U. & Marcon, S. S. (2008). Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]*. 42(4), 752-760. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000400019>

World Health Organization (1946). Constitution of the World Health Organization.

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>