



ATITUDE DO PACIENTE ONCOLÓGICO FRENTE A PERCEPÇÃO DE SER EXISTENCIAL, OU SEJA: Um ser finito

DOI: 10.22289/2446-922X.V10N1A35

Liliane Pedon ¹
Leoni Terezinha Zenevicz
Géssica Luana Hohn
Katia Lilian Sedrez Celuch

RESUMO

A concepção sobre o nascimento, considerado um ato espontâneo, no qual se resulta após um longo aquecimento que se refere à gestação, assim como o ciclo vital do ser humano, em um plano existencial é um processo, de aquecimento, mas para outro ato espontâneo, a morte. Neste estudo, buscou-se compreender as percepções sobre a finitude que possuem os pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Sendo um estudo qualitativo, fenomenológico e utilizado-se a entrevista semiestruturada e como abordagem a análise de conteúdo de Bardin. Foram entrevistado seis pacientes internados numa clínica oncológica em um hospital do oeste de Santa Catarina. Os resultados deste estudo demonstram que os pacientes oncológicos apresentam a percepção de presentificação da própria morte, posto que o impacto do diagnóstico provoca reações adversas, possibilitando questionar a própria existência, bem como as restrições que a doença impõe e os recursos de enfrentamento utilizados, reconhecendo a responsabilidade de suas escolhas refletirão diante o processo de morte, visto que ter consciência sobre a morte faz pensar sobre a vida. Considera-se a necessidade da promoção de espaços de escuta e acolhimento das angústias dos pacientes oncológicos no âmbito hospitalar, sendo o atendimento psicológico essencial para realizar intervenções e aprimorar a atenção integral aos pacientes, auxiliando ao encontro ou criação de significado a existência, levando em consideração o contexto cultural, espiritual e social. Assim como, atentar-se ao cuidado à dor total, para que todos que passam por adoecimento terminal tenham o alívio e a leveza de viver até o ato da morte.

560

Palavras-chave: Morte; Pacientes oncológicos; Contexto hospitalar; Cuidados paliativos.

ONCOLOGY PATIENT'S ATTITUDE TOWARDS THE PERCEPTION OF AN EXISTENTIAL BEING, THAT IS: A finite being

ABSTRACT

¹ Endereço eletrônico de contato: liliane.pedon@unochapeco.edu.br

Recebido em 22/02/2024. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 03/05/2024.



The conception of birth, considered a spontaneous act, which results after a long heating process that refers to gestation, as well as the human life cycle, is, on an existential level, a heating process, but for another spontaneous act, death. In this study, we sought to understand the perceptions about finiteness that cancer patients in palliative care have. Being a qualitative, phenomenological study, semi-structured interviews were used, and Bardin's content analysis approach was used. Six patients admitted to an oncology clinic in a hospital in the west of Santa Catarina were interviewed. The results of this study demonstrate that cancer patients present the perception of presenting their own death, since the impact of the diagnosis causes adverse reactions, making it possible to question their own existence, as well as the restrictions that the disease imposes and the coping resources used, recognizing the responsibility of your choices will reflect the death process, since being aware of death makes you think about life. It is considered the need to promote spaces for listening and welcoming the anxieties of cancer patients in the hospital environment, with psychological care being essential to carry out interventions and improve comprehensive care for patients, helping to find or create meaning in existence, taking into account consideration of the cultural, spiritual and social context. Likewise, pay attention to total pain care, so that everyone who goes through a terminal illness has the relief and lightness of living until the act of death.

Keywords: Death; Cancer patients; Hospital context; Palliative care.

ACTITUD DEL PACIENTE DE ONCOLOGÍA HACIA LA PERCEPCIÓN DE UN SER EXISTENCIAL, ES DECIR: Un ser finito

RESUMEN

La concepción del nacimiento, considerada un acto espontáneo, que resulta de un largo proceso de calentamiento que hace referencia a la gestación, así como al ciclo vital humano, a nivel existencial, es un proceso de calentamiento, pero por otro acto espontáneo, muerte. En este estudio, buscamos comprender las percepciones sobre la finitud que tienen los pacientes con cáncer en cuidados paliativos. Al ser un estudio cualitativo, fenomenológico, se utilizaron entrevistas semiestructuradas y se utilizó el enfoque de análisis de contenido de Bardin. Fueron entrevistados seis pacientes internados en una clínica de oncología de un hospital del oeste de Santa Catarina. Los resultados de este estudio demuestran que los pacientes con cáncer presentan la percepción de presentar su propia muerte, ya que el impacto del diagnóstico provoca reacciones adversas, posibilitando cuestionar su propia existencia, así como las restricciones que impone la enfermedad y los recursos para afrontarla. Usado, reconocer la responsabilidad de tus elecciones reflejará el proceso de muerte, ya que ser consciente de la muerte te hace pensar en la vida. Se considera la necesidad de promover espacios de escucha y acogida de las angustias de los pacientes oncológicos en el ambiente hospitalario, siendo la atención psicológica fundamental para realizar intervenciones y mejorar la atención integral a los pacientes, ayudando a encontrar o crear sentido a la existencia, teniendo en cuenta consideración del contexto cultural, espiritual y social. Asimismo, prestar atención al cuidado total del dolor, para que todo aquel que atraviesa una enfermedad terminal tenga el alivio y la ligereza de vivir hasta el acto de la muerte.

561

Palabras clave: Muerte; Pacientes con cáncer; Contexto hospitalario; Cuidados paliativos.



1 INTRODUÇÃO

O estudo apresentará as percepções do paciente oncológico, que se encontra em cuidados paliativos, frente à sua morte. Para isto, torna-se relevante mencionar que atualmente existem poucos estudos relacionados ao processo de morte. Desta forma, a relevância está principalmente em contribuir cientificamente no âmbito hospitalar, trazendo reflexões que possam auxiliar aos profissionais atuantes da área, acadêmicos e comunidade em geral, conhecimentos para que se sintam mais aptos a dialogar sobre a morte dentro do seu processo de cuidar.

A morte é um fenômeno natural da vida, assim como o nascimento, ambos têm seu significado variável, pois são construídos de acordo com padrões socioculturais e se alteram conforme a época histórica. A concepção sobre o nascimento, considerado um ato espontâneo, no qual se resulta após um longo aquecimento que se refere à gestação, assim como o ciclo vital do ser humano, em um plano existencial, é um processo de aquecimento, mas para outro ato espontâneo, a morte. A morte é, segundo Perazzo (2019), deixar de existir no real, passando a existir na memória, nas fantasias e por vezes no inconsciente do outro, é o desprendimento absoluto da ação e a ruptura final da relação do sujeito com o mundo. Dessa maneira, é do instinto do homem, se há espontaneidade, lutar por sua sobrevivência, ou seja, lutar contra a morte, mas há outro nível, mais elaborado de espontaneidade criativa, que é dependente da consciência, da memória, da historicidade, caracterizada pelo esforço, permitindo ao homem o ato espontâneo da morte.

562

O processo de aquecimento para o morrer inicia a partir do momento em que o sujeito tem percepção de um conjunto constituído, por exemplo, através das percepções cinestésicas que pode ser resultante de uma doença, como o câncer, e de sua repercussão no mundo circundante. Diante o mundo circundante desempenhamos papéis, para que isso seja possível é necessário um contra papel, diante o papel da doença diferentes percepções são encontradas, entre elas de um perigo mortal, assim como uma experiência ou pode até mesmo ser enriquecida pela memória e signos diante do adoecimento (PERAZZO, 2019).

O paciente oncológico, ao lidar com o agravamento da doença e a grande possibilidade de óbito, toma a percepção sobre sua própria terminalidade, podendo desencadear diversas percepções e atitudes frente à morte. Ao vivenciar a própria finitude, os pacientes terminais apresentam diferentes manifestações psíquicas, que expressam a dor e o sofrimento humano, nas interfaces do processo terminal oncológico.

Pensando sobre o processo de vida, em um plano existencial, estudamos muito sobre o nascimento, talvez por ser um período de espera e de esperança, e a morte, apesar de serem



faces da mesma moeda, chamada vida, ainda é uma temática que desperta medo pelos mistérios que a cerca. Desta forma, o presente estudo busca conhecer a percepção do paciente oncológico frente à sua finitude. Frente ao exposto, questiona-se quais são as percepções do paciente oncológico em cuidados paliativos que têm sobre a morte?

A única certeza comum ao ser humano é a sua finitude, passando a refletir e questionar a espontaneidade no ato de morrer. Assim sendo, a morte é compreendida como um fenômeno universal, faz parte do desenvolvimento humano, como algo irreversível e irreparável, pois é a constatação da finitude, término da vida, gerando medo do desconhecido, ou seja, é a interrupção natural de um processo biológico dos seres vivos (nascer, crescer e morrer), em um ponto de vista espiritual é considerada uma passagem ao desconhecido.

Para Moreno (STRAUCH, 2017 conforme citado em MORENO, 1992), diante do terror da finitude, ocorre a possibilidade de preenchimento do vazio de significados, fazendo renascer a criatividade dentro de cada sujeito. Para isso, é necessário evocar um grau de flexibilidade, para enfrentar, dispoendo assim de um estado espontâneo para responder diante desse processo, o mais livre possível das interferências das conservas culturais.

O objetivo deste estudo é compreender as percepções do paciente oncológico que se encontra em cuidados paliativos frente à morte, no contexto hospitalar.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa corresponde a um recorte do trabalho de conclusão de residência apresentado a Residência Multiprofissional em Oncologia da ALFV - Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Área da Saúde, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Especialista em Psicologia de Atenção em Oncologia.

O estudo possui um delineamento qualitativo de base fenomenológica, e para análise e interpretação dos resultados obtidos, foi utilizada a análise de conteúdo defendida por Laurence Bardin. A proposta desta técnica é descrever as entrevistas sobre as experiências vividas em relação ao determinado fenômeno, com a finalidade da aquisição de significados que os pacientes utilizam nas suas realidades, por meio de três etapas: 1) Pré-análise: realização da leitura do material coletado e a organização; 2) Exploração do material: elencar as categorias com os respectivos conceitos norteadores; 3) Tratamento dos resultados: aplicar as inferências e interpretação dos resultados. A partir disso, fica evidenciado que a fenomenologia é um fundamento teórico e metodológico adequado para as ciências humanas, sociais e da saúde, principalmente quando tomam o sujeito como protagonista em seu contexto de vivência. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ, pelo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética



(CAAE), número 65043922.9.0000.0116.

Para isso, foram entrevistados seis pacientes oncológicos internados em um hospital, situado ao oeste catarinense. Para efetivar a participação no estudo, os mesmos atenderam aos critérios de inclusão, sendo eles: serem pacientes oncológicos, pacientes hospitalizados na instituição, fora de possibilidade terapêutica de cura, terem capacidade de compreensão e de comunicação, e serem maiores de 18 anos. Como critério de exclusão: Pacientes menores de 18 anos; paciente que não está em total domínio de suas faculdades mentais e funções psíquicas para concretização das entrevistas. A seleção dos participantes da pesquisa ocorreu por meio de indicação da equipe multidisciplinar que está em contato mais próximo, direto e constante com o público desejado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que se compreenda melhor a experiência vivida das pessoas que participaram da entrevista, é importante dizer que os seis participantes estavam hospitalizados na Internação Oncológica, e para preservar a identidade de cada participante, não será utilizado dados que possam identificar os pacientes. Deste modo, antes de expor o desenvolvimento e análise, é necessário conhecer os protagonistas desta pesquisa.

O primeiro entrevistado (*em memória*) é do sexo masculino, tinha 83 anos quando foi entrevistado. Apresentava um fascínio por cuidar de suas abelhas, admirava-se da força dos seres tão pequenos, fazendo relacionar a sua história de vida, de que por vezes passamos por metamorfoses, construímos a colmeia, o trabalho é duro, e que durante nosso caminhar é preciso nos encontrar em nosso casulo interno para podermos nos reencontrar e alcançar novos horizontes, novos voos até o momento de partirmos e deixarmos o que construímos para o próximo apreciar e/ou degustar o saboroso mel que deixamos em lembranças. Além de expor muita fé e religiosidade. Foi diagnosticado com neoplasia maligna do esôfago, realizou tratamentos cirúrgicos (laparotomia exploratória e implantação de cateter de longa permanência) e tratamento quimioterápico. Anteriormente, há cerca de vinte anos antecedentes, teve câncer de cólon.

O segundo entrevistado (*em memória*) tinha 31 anos, do sexo masculino e sua diversão era laçar em rodeios, mantinha o desejo de laçar novas conquistas em sua vida. Há cerca de dois anos, foi diagnosticado com adenocarcinoma de cólon sigmoide, com metástase no fígado, realizou tratamentos cirúrgicos (linfadenectomia pélvica e implantação de cateter de longa permanência).

O terceiro paciente entrevistado é do sexo masculino, tem 65 anos e não economizou



palavras e sentimentos para falar sobre o amor pela sua família. Apresenta o diagnóstico de câncer neuroendócrino de pâncreas há cerca de sete anos, e realiza tratamento quimioterápico. Realizou procedimentos cirúrgicos (implantação de cateter de longa permanência).

O quarto entrevistado (*em memória*) é do sexo masculino, tinha 60 anos quando foi entrevistado e ressaltou a importância de sabermos viver além dos bens materiais, mas das pequenas coisas, na simplicidade e em harmonia consigo mesmo. Há dois anos foi diagnosticado com adenocarcinoma de cólon sigmoide com metástases peritoneais e lesões hepáticas, realizando tratamentos cirúrgicos (implantação de cateter de longa permanência, colostomia e gastrostomia) e tratamento quimioterápico.

O quinto entrevistado (*em memória*) é do sexo masculino, tinha 66 anos quando foi entrevistado, manifestou suas dores, não apenas físicas, mas emocionais, entrando em contato com o seu interior e aclamou pela chamada de Deus. Apresentava o diagnóstico de câncer de intestino com metástases hepáticas e peritoneal, realizou tratamentos cirúrgicos (implantação de cateter de longa permanência e colostomia) e tratamento quimioterápico.

O sexto entrevistado é do sexo masculino, tem 75 anos e trouxe em seu discurso as realizações que alcançou, utilizando como símbolo de seu trabalho, retrata o seu martelo pendurado na parede que o faz recordar de suas conquistas e o que ainda gostaria de realizar, além do árduo trabalho. Foi diagnosticado com adenocarcinoma de pâncreas há cerca de um ano e meio, realizou tratamentos cirúrgicos (implantação de cateter de longa permanência, laparotomia exploradora, paracentese abdominal e colecistectomia) e tratamento quimioterápico.

A partir deste momento, far-se-á a análise das entrevistas realizadas com os participantes da entrevista, sendo delineadas cinco categorias temáticas: categoria 01. Impacto do diagnóstico e representações do câncer; categoria 02. O sentido atribuído subjetivamente à vida e à morte; categoria 03. Desafios e dificuldades diante do adoecimento oncológico; categoria 04. Estratégias utilizadas pelos pacientes frente à percepção de ser finito; categoria 05. Elas encontram-se detalhadas a seguir.

565

3.1 Impacto do diagnóstico e representações do câncer

Nesta categoria será apresentado o impacto causado à consciência frente ao diagnóstico de câncer, junto às incapacidades para os afazeres do dia a dia, associadas às reações adversas apresentadas pelos tratamentos, revelando o vazio existencial sentido pelo sujeito com câncer e sua percepção de ser finito. Conforme se pode observar nos relatos trazidos pelos entrevistados: “Dependendo da dinâmica pessoal de cada um, o novo sempre atrai e/ou assusta; se na fantasia ou mesmo na permanência das velhas cicatrizes há busca pela completude, o novo é uma



possibilidade, mas, se fere a alma, é uma ameaça.” (Ferreira-Santos, 2003 conforme citado em STRAUCH, 2017).

Estas sensações foram elucidadas pelos participantes, conforme os depoimentos a seguir: *“No começo demorou um pouco para cair a ficha digamos, mas daqui a pouco, leva um susto né? Nunca imaginava passar por isso, e até depois a gente vai se adaptando, encarando a realidade, claro que não é fácil, mas vamos encarando.”* (E2). Assim como, *“Deu aquele impacto, daí, Deus, por favor, faça o que tiver que ser feito. Falei com muitas psicólogas [...] falei muito, de tudo, preparativo, de que a vida não é nada programada para ninguém.”* (E5) Ainda, *“É coisa que eu nunca queria escutar e me aconteceu para mim. [...] tu já fica, aí, aí, aquele dia vai chegar [agendamento para tratamento], não é bom, mas tem que enfrentar se você quer viver.”* (E3). É perceptível nas falas dos participantes o quanto ameaçador o ambiente hospitalar passa a ser, uma vez que é um ambiente desconhecido, e tudo que é novo passa a causar angústias.

Além disso, alguns hábitos de seu cotidiano passam a ser deixados de lado e a sua privacidade é comprometida, devido ao compartilhamento de espaços físicos e a exposição da sua própria intimidade. Durante o período de internação algumas reações naturais são expostas, como raiva, desamparo, medo, insegurança e desconforto emocional e físico (ANCP, 2012). O adoecimento afeta diferentes esferas da vida do ser humano (mente/corpo/ambiente), desorganiza e provoca perdas diante o mundo presumido, que agora demonstra-se incerto e desconhecido, como expresso pelos participantes:

Em 63 anos, trabalho, trabalho, trabalho [...] e de repente não pude fazer mais nada, foi tudo meio gradativo, de repente quando cai no hospital que a coisa trancou tudo, eu fiquei vinte dias sem evacuar, daí que vamos correr atrás, eu emagreci 25 kg em um mês, aí colocaram a bolsinha, deu uma melhorada até junho do ano passado, daí começou a cair, cair de novo, [...] assim foi, aí fui aceitando, vou viver mais uns dois, três, quatro meses saudável, não melhorou parar [o tratamento], piorou [...]. (E5)

566

No decorrer dos anos, com a evolução tecnológica, novos planos de cuidado estão sendo utilizados, mostrando que o câncer e a morte não são sinônimos. Mas é um processo de sofrimento, sendo comum a permanência de angústias relacionadas ao medo da morte, do sofrer diante dos tratamentos, da dor, da impossibilidade de controle e medos relacionados à desfiguração corporal. A persistência dos medos pode prejudicar a procura de recursos, para possibilitar o diagnóstico precoce (ONCOENSINO, 2022). *“Estamos prolongando a vida, não estamos sarando ninguém, mas prorrogando, eu posso viver um ano, dois, cinco, dez anos, mas não posso parar de fazer quimio, então seria isso.”* (E6). A partir do exposto, ao ter acesso às informações de forma adequada, os medos irracionais amenizam, e os pacientes passam a ter atitudes de proteção.



A possibilidade de inexistência carrega consigo um significado doloroso, pois a saúde e a autonomia se perdem diante a inevitabilidade da morte, fazendo com que o sujeito reflita a respeito daqueles que ama e sobre sua própria finitude, sendo a morte a limitação do ser no mundo, conforme os depoimentos a seguir: *“Eu sinto que Deus venha me buscar, quero que ele venha me buscar, para não incomodar mais familiares, para mim não mais sofrer, porque é um sofrimento muito permanente, que ninguém merece, queima, dói.”*(E5). O sofrimento diante do adoecimento irá se estender a todo o núcleo familiar, causando estresse tanto ao paciente quanto à sua família, conforme exposto pelo participante: *“Para mim tá sendo muito triste, muito pesada a cruz para carregar, não aguento mais, Jesus Cristo tem que me levar até a mão de Deus, quando não sei, tomara que seja breve, por favor meu Deus, que não faça sofrer em roda dos filhos, principalmente.”* (E5)

A consciência da finitude faz comumente com que os entrevistados revejam sua história passando por sentimentos de saudade do que passou assim como de orgulho do percurso caminhado, mas os anseios pelo que poderão ocorrer os faz ficar de frente com angústia fazendo com que reflita sobre sua posição no mundo, como revelado a seguir:

O que eu sinto, é que nem eu te falei, para que, porque... Eu caí na real que se eu não fazer eu morro, entendeu, se eu esperar a morte, se eu morresse rápido, seria bom, vou parar [tratamento] daqui a um mês, dois meses, estou morto, mas vamos que eu vou parar em uma cama, depender dos outros, eu penso assim, as pessoas tocar de limpar a minha bunda, tocar de dar comida na boca, isso que eu não quero que aconteça comigo, por isso estou fazendo as quimios, estou me ajudando, estou fazendo força para não acontecer isso né! [...] Eu acho muito triste você estar carregado pelos outros, então enquanto eu estiver de pé, enquanto tiver forças, eu vou lutar. (E4)

567

Por outro lado, a consciência da morte move o sujeito ao encontro de seus desejos, se permite viver o que almeja, criando propósitos para o seu existir. A vida está entrelaçada à morte, as duas estão vinculadas à existência de ser-no-mundo, ou seja, o significado da existência a partir das escolhas do homem diante do mundo que habita. Contudo, a morte não é algo que se pode escolher, então, ao perceber a possibilidade da mesma se inicia a compreensão do ser-para-a-morte², ou seja, é reconhecer o sentido próprio da existência, assumindo a vida como autêntica (OLIVEIRA, 2012 conforme citado em SIMAN; RAUCH, 2017).

O adoecimento oncológico produz modificações corporais, assim como instabilidade na subjetividade. É perceptível na fala do entrevistado (E1) *“Tem horas que a gente se sente assim, acho que vou junto do pai, chega hora que a gente dá vontade de dizer assim, Jesus Cristo venha me buscar que eu não aguento mais [...] a dor e o desânimo está tomando conta [...] então eu sempre procuro rezar, pedir que Jesus retire o que não presta.”* Continua: *“Eu sinto bastante*

² A expressão ser-para-a-morte é uma categoria da fenomenologia criada por Martin Heidegger.



sofrimento, não tenho mais a coragem de antigamente que faço isso e faço aquilo.” (E1). “Angústia, sentimento ligado ao existir, inevitável ao homem que se encontra a todo instante diante da tensão daquilo que ele é e o que ele não pode ser ou evitar que seja.” (GUIMARÃES&DIAS, 2017, p. 48). Sendo este sentimento causador do aperto no peito, do nó na garganta, a sensação de sufocamento, o gerador de desconforto e por muitas vezes não é passível de explicações, provocando limitações ao ser em seu existir, mas também pode produzir formas outras de encarar e transformar-se diante as dificuldades diante o processo de perda e de temor em deixar de existir.

Algumas alterações psicológicas identificadas no discurso dos participantes incluem um desconforto existencial, apresentando perda de significado e de propósitos para a vida, acompanhado de sentimentos de desesperança, ausência de certeza sobre o futuro. *“Dou uma dormida que parece que terminou tudo, que eu tive um pesadelo, daqui a pouco acordo.” (E5)*
Ainda:

Falei, doutor, é o seguinte, eu quero que você seja sincero, me fale a verdade, eu tenho capital, eu tenho dinheiro, eu vendo tudo o que tenho, eu quero saber se tem recurso para mim, nem que seja lá nos EUA. Ele falou [o médico], tenho dó de que vou te falar, que não existe recurso, não tem o que fazer, nem com todo dinheiro do mundo. (E4)

Cada ser humano carrega consigo sua singularidade e consciência, sendo o responsável por suas escolhas em sua existência no mundo. Ao assumir sua responsabilidade frente às suas escolhas, passa a aceitar a realidade, demonstrando coerência diante dos seus atos. A angústia frente à sua existência e as consequências de suas escolhas, uma vez que o ato de escolher gera desconforto, e além dos ganhos, perante as escolhas, também gera perda. O desconforto é a angústia de cunho existencial.

568

No discurso, alguns participantes expressam sobre arrependimentos, envolvendo o fim de vida, atitudes, escolhas e priorização de alguns papéis frente a outros, considerando que poderia ter feito mudanças ou evitado a situação que se encontra neste momento de sua vida. Ao perceber a doença como punição, gera sentimento de culpa, com implicação moral e/ou religiosa. Como exposto, muitas vezes o paciente se culpa pela doença: *“Se eu pudesse voltar atrás, soubesse o que fosse, eu não ia fazer assim, não ia fazer muita coisa, mas não tem volta [...]. 100% consciente de que fui eu mesmo que deixei me levar para esse caminho. [...] Eu estou pagando os meus pecados, acredito eu, né.” (E5)*

Na busca por um novo equilíbrio, é importante expressar os sentimentos de frustração, raiva e culpabilidade. *“Estou preso em uma máquina aqui, não sei o porquê, eu não consigo entender, às vezes eu penso assim porque, meu Deus, só que daí eu lembro, livre arbítrio, eu escolhi a estrada errada. [...] É sofrido, é triste, é difícil, mas é um pecado que eu tenho que*



pagar.” (E4). Ainda, *“Triste por estar passando por isso, a gente não queria, mas enfim tem que tentar superar, encarar a realidade, mas a gente pensa que às vezes poderia estar se divertindo, trabalhando, fazendo outras coisas e tem que encarar o tratamento.”*(E2) Evidencia-se no discurso dos participantes o sentimento de tristeza, este sentimento não é ruim, uma vez que é um sentimento que visa proteger psicologicamente o sujeito diante as ameaças sofridas diante o adoecimento, e apresentam além do arrependimento por não realizar mudanças em suas atitudes, visando o cuidado com sua saúde integral, estruturando-se a culpabilização pelos comportamentos e escolhas tomadas em seu passado, e repercutem neste momento de suas vidas, que segundo os mesmos poderia ter evitado a situação de perda de saúde vivenciada neste momento.

Em contrapartida, a perseverança em dar continuidade à vida, apesar da condição de adoecimento, possibilitando novos significados para a continuação da existência, e o desejo de manter a autonomia, assim como diante do processo de adoecimento, como exposto pelo entrevistado: *“No começo a gente não sabe de nada, eu nem sabia perguntar para o médico o que, o porquê, hoje não, eu questiono, eu brigo, eu falo [...] No começo, você ficava esperando a boa vontade, hoje não, eu corro atrás [...]”* (E4). É preciso auxiliar o paciente a protagonizar sua vida diante do adoecimento, enquanto profissionais da saúde devemos entrar em cena e ajudar a desenvolver a capacidade de se ver como um ser integral e que possa criar significações novas frente à situação vivenciada.

Eu não tenho mágoa das coisas que eu não realizei, porque se tu fez alguma coisa naquele dia e achou errado no outro dia, você não pode se arrepender, porque você fez a coisa certa, então você não pode se arrepender, você pode corrigir alguma coisa ainda se há tempo. [...] Vou querer tirar o atraso, porque nunca é tarde para ser feliz. (E6)

569

Os sentimentos manifestados são esperados diante do processo de adoecimento, uma vez que a mesma desorganizou algumas certezas e projeções sobre seus futuros. Assim como, é perceptível que o conhecimento adequado do diagnóstico gera envolvimento e comprometimento dos pacientes frente ao tratamento, possibilitando o processo de autonomia e significação dos cenários vivenciados frente ao processo de adoecimento.

3.2 O sentido atribuído subjetivamente a vida e a morte

Neste tópico, serão apresentados os desejos que impulsionam os participantes a continuarem suas vidas, e de que forma os pacientes oncológicos percebem a morte. Alguns dos desejos e vontades expressos em seus discursos: ter saúde, curar-se, de viver cada dia, se divertir, estar presente na vida de seus familiares. Sendo possível perceber seus desejos,



mantém a esperança e auxilia na redução dos sintomas tanto físicos quanto psicológicos. “*Eu procuro mais que tudo ter paz, união, comigo com a família, não falar mal de ninguém, não desprezar ninguém, e procurar sempre fazer as coisas justas, ser honesto, primeira coisa.*”(E1) E “*Eu mudei bastante, desde o pensamento, digamos, antes eu pensava muito em estar trabalhando e trabalhando, agora penso mais em trabalhar pouco, me divertir mais, aproveitar mais a vida.*”(E2) Ainda: “*A vida é tudo para mim, eu quero ver meus netinhos crescer e os filhos.*”(E3)

Na fala do próximo participante expressa que a vida não tem recomeços ou segunda chance, sendo o próprio ser o responsável por sua morte assim como de que forma escolheu percorrer sua vida, pensando neste sentido podemos levar em consideração um dos princípios do Cuidado Paliativo, que afirma a vida e também considera a morte como um processo natural.

A vida quando você está bem, quando eu estou bem... Ninguém sabe viver, ninguém! Hoje eu me toco, que eu não soube viver e não sei viver até hoje, porque a vida não é isso que você está procurando. Você está procurando ser uma psicóloga, ganhar dinheiro, se colocar, tá tudo errado, você tinha que comer, beber, dormir e ser feliz, embaixo de uma lona, em qualquer lugar, o dinheiro é a única coisa que destrói a gente [...] Então o que eu penso, a vida tem que saber viver, porque não adianta, eu, por exemplo, vivi a vida inteira, trabalhei, trabalhei, trabalhei, pensando em fazer capital, fiz capital, arrumei meus filhos, coloquei tudo, quando pensei de começar a gastar o meu capital, pruuuu. Hoje eu tenho terra, tenho chácara, tem dois colonos querendo comprar, mas para que eu quero vender, o que eu vou fazer com o dinheiro? Eu não tenho o que fazer com o dinheiro, eu tenho comida, eu tenho carro, eu tenho casa, não me falta nada, só me falta saúde e ninguém me dá, entendeu. Então, a vida é boa quando você sabe viver [...]. Então, o que eu sinto da vida é ilusão, [...] (E4).

570

Conforme o discurso do participante, ter consciência sobre a própria morte faz pensar em suas vivências, sonhos e realizações, passando a ter a consciência de que cada momento de sua vida não é infinito e que por isso deve ser aproveitado. “[...] a última experiência, a que dará completude ao indivíduo. Ou seja, quando o indivíduo se torna consciente de sua morte, atribui sentido à sua vida, e ao morrer, completa a sua existência” (CONSONNI, 2014, p. 3 conforme citado em SIMAN; RAUCH, 2017, p. 119).

Já a morte é um fenômeno com significações e valores variáveis do ponto de vista sócio-histórico-cultural e é trivialmente vivenciada com grande dor, sofrimento, perdas, isolamento e solidão, e será uma estrada desconhecida em que cada ser irá percorrer de forma singular. Mas poderia a morte transcender a posição/visão do ser humano sobre sua própria vida, poderia ser ainda vivenciada com menos angústia?

Não pretende-se romantizar esse evento tão doloroso, o qual é a morte, mas sim poder compreendê-la como parte de nossas vidas, com significado de honrar a vida que vale a pena ser vivida, pelos aprendizados e significados atribuídos a esta vida, uma vez que a mesma traz



um preparo desde nosso primeiro ato espontâneo, o qual é o nascimento, a enfrentar perdas com intuito de sabermos lidar com a nossa última perda (ou será o nosso último ato espontâneo), o momento da morte, o qual cada ser apresentará um significado. Refletir sobre a morte e falar sobre ela, fora das esferas do tabu, oportuniza ao ser humano a manifestar e ter suas percepções compartilhadas de forma adaptada.

A percepção de severidade, de falta de controle em relação à doença e a debilitação causada pela mesma, faz com que o paciente passe a assimilar o processo de incurabilidade, refletindo em seu senso subjetivo, em sua imagem corporal e em suas relações. Consoante as respostas dos participantes e com a literatura utilizada, a morte apresenta significados variáveis, sendo representada de forma singular pelos participantes, conforme os padrões sociais, culturais, as crenças, a espiritualidade e religiosidade apresentadas no decorrer de suas vidas. *“Tem gente que tem medo da morte, eu não tenho medo da morte, eu tô pronto [...] porque não adianta você correr da morte, não adianta se ter medo dela, porque é a mesma coisa, se você ter medo de uma pessoa, daí que ela te segue, se você mostra que é mais forte que ela, ela se retira, é mesma coisa.” (E4).*

Outro princípio do Cuidado Paliativo é visível no discurso dos participantes, o de não adiar e muito menos acelerar a morte, percorrendo esse processo de forma singular e da forma mais natural, como Cicely Saunders evidenciou: “Podemos acrescentar mais vida aos dias do que dias na vida do nosso paciente.” Sendo os profissionais da saúde os facilitadores dessa possibilidade.

Para mim a morte; uns fala que quando nos morrer vamos estar em um espírito e não sei o que, mas eu acho, particularmente, que quando nós morrer é que nem um cachorro, morreu, apodreceu e acabou, porque você já pensou se todos os espíritos das pessoas que já morreram ou estão para morrer, quantos milhões, vão aonde? Então, eu acho que esse negócio de espírito, esse negócio de outra vida lá do outro lado, isso aí, eu acho que não existe, acho eu, né, não tenho certeza, mas eu paro e penso assim, não tem lógica, né, você morreu, apodreceu e acabou, esse negócio de espírito é imaginação da gente [...]. (E4)

571

Cada sujeito irá significar suas perdas de forma singular, sendo o luto uma experiência própria. Diante da terminalidade, perde-se a segurança sobre a própria saúde, há uma nova relação com o tempo e a reorganização dos papéis. Percebe-se no discurso do participante mecanismo de defesa para proteger-se psiquicamente das possibilidades existentes frente à finitude. Por vezes, não acreditar em algo vem ao encontro de não se tornar uma realidade e, assim, precisar lidar com as repercussões e complicações despertadas.

As perspectivas dos entrevistados apresentaram predominância sobre a inevitabilidade da morte, ou seja, reconhecem a morte como um processo inevitável de fim de vida, um processo biológico, natural que faz parte do ciclo vital, como manifestado pelos participantes: *“A morte é misteriosa e natural, ninguém vai ficar.” (E5)*



A morte, para mim, é o descanso eterno, o prêmio que você merece quando você está cansado aqui na terra. [...] A morte é uma sequência, é a sequência da vida, ninguém vai ficar ali para semente, o ciclo dos meus pais foi, agora é a nossa vez, nosso ciclo de vida, ela ta em fase de terminação, porque ninguém fica ali, então estamos se preparando a largos passos para chegar nesse ponto e depois vem nossos filhos [...]. Então, essa é a morte que nos espera, eu sempre digo, estamos cada dia mais perto daquele dia, que vai chegar o dia, então estamos indo, essa é a realidade, tomara que Deus tenha reservado algo bom lá em cima para quem merece. (E6)

Para alguns participantes a terminalidade está acompanhada pela espiritualidade, como o reconhecimento dos seus feitos, assim como o descanso ou alívio do sofrimento, e da possibilidade da continuação da vida em outro plano, desta forma, percebe-se que estas crenças são reconfortantes perante a inevitabilidade da morte. A religiosidade fornece o conforto do propósito da caminhada da vida, assim como se preparar, oferecendo a possibilidade da preparação e rever pendências a serem resolvidas. *“Morrer assim preparado [...] saber que estou indo, então não adianta dizer que não quer ir, que não quero morrer, não adianta é a estrada de Deus, viemos dele e voltamos para ele, não tem outro jeito, a única coisa que a pessoa tem que viver é a vida, sempre com ele no coração [...]”.* (E1) A religião surge com o motivo de buscar sentido à vida. Assim como crenças de uma vida eterna após a morte, ao pegar-se nesta crença ocorre a tentativa de imortalizar de alguma forma a sua existência.

[...] Temos que alguma hora partir, não adianta, só que eu não queria assim sofrer tanto, como a gente já sofreu na vida, mas vou fazer o quê? Se o Deus quer assim, vamos assim, vamos levar essa cruz até onde consigo, e depois, se não consigo, vai e pronto, fazer o que. [...] O Jesus Cristo caiu, depois para levar a cruz, para ir lá em Carvalho, pegou ajuda de um agricultor, eu também não sou mais capaz de me levar, que ele me leve e pronto. (E1)

572

Nos discursos é possível analisar outra percepção frente a possibilidade de morte, de como será este processo, com o temor do sofrimento, da dependência de terceiro e dor diante deste momento inevitável, buscando em sua história de vida, identificações e idealizações da morte como um momento de extremo sofrimento. *“Com 83 anos, se Deus quiser me dar mais vida, ele que sabe, eu não posso dizer. Eu deixei tudo realizado, eu não quero nada em meu nome [...] pelo menos eles não vão sofrer depois [...]”.* (E1) *“A morte para mim é normal, eu só gostaria de saber a hora, mas não consigo. [...] Eu acho que faria muita coisa que a gente vai esperando, por exemplo, o meu capital tá tudo no meu nome ainda, se eu morrer amanhã fica um bagunção.”*(E4) *“E todos os capitais que eu tinha fiz usufruto [...] então é mais uma parte que eu posso te confirmar é que eu to preparado, eu me preparei 100%, por causa que aceitei a morte, ai me preparei [...] então temos que se preparar e temos que prever essas coisas, não é dizer assim, olha, quero partir, não, não é isso, prevenir [...]”*(E6)



Apesar do avanço científico nos tratamentos oncológicos, o câncer continua sendo caracterizado como uma doença complexa, agressiva, instável e pode progredir para um prognóstico de incurabilidade. Ao se esgotarem as possibilidades curativas, o paciente passa a refletir sobre o processo de morte, permeado por sentimentos variados como os medos, incertezas, ansiedade, anseios e significados variáveis diante do processo de ameaça vivenciado. *“Só não quero sofrer dor assim, como meu pai sofreu [...] Estamos na luta, na briga dessa doença, agora se o remédio funciona ou que Deus coloca a mãozinha para ir mais para frente, vamos, e se não ele que sabe, eu sempre peço que ele me dê uma boa morte, nunca sofrer”(E1) “[...] Sou bem realista digamos, vamos encarar, vamos fazer o tratamento, caso não der, vamos aproveitar até onde dá para aproveitar, seja feita a vontade de Deus.”(E2)* A partir dessa questão, percebe-se a importância de um cuidado integral ao paciente seja de ordem biológica, psicológica, social e/ou espiritual, através do cuidado paliativo, que oferecem qualidade de vida ao paciente e seus familiares, alívio das dores e do sofrimento (DALL’AGNOLI; ESTACIA, 2022).

Compreender a realidade humana e a responsabilidade do ser frente à sua existência é primordial. Os sofrimentos auxiliam na compreensão da existência, e a morte faz com que o ser humano reflita sobre sua própria existência. *“Essa visitante permanente da existência humana não pode ser negligenciada, pois é parte da história de toda pessoa, e é sua última possibilidade de ser.”* (SIMAN; RAUCH, 2017, p. 112). O homem percebe a vida através do seu significado, buscando dar sentido e propósitos. Ao ter consciência da inevitabilidade da morte, surge a necessidade de atribuir sentidos também à morte (POMPÉIA e SAPIENZA, 2013, conforme citado em SIMAN; RAUCH, 2017).

3.3 Desafios e dificuldades diante o adoecimento oncológico

O paciente com a doença em progressão enfrentará diversos desafios e dificuldades, seja na dimensão física quanto psicológica. Neste sentido, pensando nas necessidades do paciente diante da fase terminal, deve-se prestar maior atenção ao alívio da dor total (envolve a dimensão física, emocional, social e cultural), o alívio dos sintomas e o desconforto. Dentre as dificuldades manifestadas em relação aos efeitos colaterais dos tratamentos realizados, os entrevistados citam questões voltadas à alimentação, ao cansaço, o desconforto, a fraqueza, o desgaste de deslocação de suas casas a até a instituição hospitalar, como expõem em seus relatos: *“[...] não dá mais para se alimentar, a comida sem gosto, sem nada e isso já ajuda a atrapalhar. [...] O médico me disse assim, que eu não vou morrer da doença, mas desnutrido, estamos fazendo de tudo para não cair, estamos na briga.”(E1)*. Ainda: *“Primeiramente a gente toma um susto, não está acostumado, daqui a pouco a gente vai se adaptando, mas sempre tem aquele desconforto*



[...] dá para levar a vida, mas limita, como falei as atividades físicas, às vezes você está no meio do pessoal e gera constrangimento, mas nada tão grave.” (E2)

Sim, fraqueza, eu sou muito fraco hoje, eu era muito agitado, eu pegava peso, eu gostava de fazer física, eu tinha peso em casa, tinha musculação, e hoje eu não consigo mais nada, hoje para mim andar a 100m eu tenho que me cuidar. Porque o câncer tira as forças dos nervos, né? Ele te acaba com os músculos, é uma das principais limitações. É através dessas vem outras né, porque se você não tem força para isso você se limita outras coisas, desde comer, porque a quimio te tira o apetite, você vai comer alguma coisa, você come, mas parece que está comendo ovo, parece que tá comendo salada, tudo o mesmo gosto, é que nem eu te falei, eu como porque eu sei que o meu corpo precisa, mas não que eu tenha fome, aquela dor de fome que você sente, eu não sinto nada [...]. (E4)

É importante enfatizar os sintomas de dor, entre outros sintomas físicos causadores de sofrimento para os sujeitos acometidos do adoecimento oncológico avançado. Estudos apontam que a taxa de suicídio aumenta em contextos em que a dor é mal controlada e quando componentes psicológicos estão associados, como sintomas ansiosos e de depressão, assim como um apoio familiar pouco efetivo (TRONCOSO; ANNE; GARY, 2019).

Outro aspecto a ser levado em consideração é as ações paliativas, uma vez que com a progressão da doença, a ação volta-se à totalidade proporcionada pelo cuidado paliativo e, conjunto com o tratamento curador. Nos casos dos nossos participantes, diante da impossibilidade curativa se evidencia a necessidade de outros tratamentos que impliquem o controle de sintomas, compartilhar o objetivo dos tratamentos ofertados, na tomada de decisão e planejamento do cuidado, visando melhor qualidade de vida não apenas ao paciente, mas também a seus familiares. Assim como o cuidado com a comunicação, deve-se conhecer as experiências, a cultura, as crenças, as expectativas, suas ansiedades e angústias para facilitar o processo (ANCP, 2012).

574

Desta forma, na vivência de experiências dolorosas, deve-se levar em consideração os aspectos sensitivos, emocionais e culturais. O paciente com a doença oncológica perpassa por limitações, perdas e dores que irão influenciar no modo de vivenciar, de construir recursos de enfrentamento, elaborar, dar sentido ao sofrimento, ao adoecimento e ao cenário enfrentado, sendo de suma importância compreender as influências orgânicas sobre o emocional e psíquico.

Toda queixa física, toda doença ou sintoma deve ser considerado psicossomático, visto que os aspectos somáticos e psíquicos estão interligados. Estes sintomas ou mesma doença passam a ser utilizados como meio de comunicação não verbal ao mundo interno e ao mundo externo de seu portador. Portanto, todo corpo é próprio e pessoal, carrega sua história e seu drama. Quando portar uma doença, ocorre uma disfunção no processo de viver, sendo assim um conflito, que está voltado à posse de um corpo próprio, pessoal e uno (FREIRE, 2000).

Deste modo, o trabalho de escuta diante do sujeito acometido pelo câncer tem que levar em consideração as perdas do corpo pelo tratamento do câncer, visto o corpo como cenário da



representação do trauma. Entendemos a partir do exposto que ao tratar um corpo adoecido, abre-se caminho para a urgência subjetiva, passando por uma reconstrução simbólica do corpo, inserindo significantes onde habita o trauma, uma vez que o preço pago ao corpo no tratamento oncológico pode ser insuportável, anulando e paralisando qualquer possibilidade de vida, satisfação e/ou desejos.

3.4 Estratégias utilizadas pelos pacientes frente a percepção de ser finito

Ao buscar encobrir as verdades e banir do cenário da vida a morte, incorporam-se sobre o sujeito angústias, medos, repulsa, paralisação, entre outros processos. Nesse sentido, diante da constatação de ser portador de uma doença terminal, o paciente passa por diferentes estágios de acordo com Kübler-Ross (1998 conforme citado em STRAUCH, 2017): A negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação, geralmente diante da morte iminente é precedida de sofrimento físico e psíquico e as reações estarão em consonância a estrutura emocional e a personalidade de cada sujeito. Estes estágios não acontecem nessa ordem necessariamente, e nem sempre todos estarão presentes nas reações diante das perdas e da morte.

Percebe-se que os participantes vivenciam alguns estágios que têm como finalidade protegê-los psicicamente, sendo a negação a condição de negar o diagnóstico e a possibilidade da própria morte, bem como pode levar ao isolamento. Como podemos perceber no seguinte relato: *“O sonho é daqui a pouco melhorar, ficar bom, construir uma família, seguir a vida normal”*. O estágio da raiva refere-se à indignação e revolta frente ao adoecimento e as repercussões do mesmo em sua vida. Outro estágio é a barganha, muitas vezes com Deus, em uma tentativa de negociar outras possibilidades diante de suas vidas e voltar a ter saúde. Assim como, utilizam-se da barganha com a intenção de reverter seu quadro, essa manifestação fica perceptível na seguinte fala: *eu entrego tudo na mão de Deus, eu tanto é que deito na cama e falo ‘o pai, eu quero saúde e paz, o resto eu tenho e o senhor sabe o que está fazendo por mim, se eu mereço melhorar, manda a cura, se eu mereço morrer, me manda a morte’, eu não peço muita coisa. Porque, na verdade, é como eu te falei, eu tenho tudo, eu só não tenho saúde, paz, eu tenho porque eu vivo sossegado, eu tento não me estressar.* (E4)

Já no estágio da depressão, o sujeito passa a apresentar sentimento de culpa, remorso e impotência, se vê obrigado a lidar com a situação vivenciada. Ao cessar a luta com a negação, passam a se preparar para a morte e assim surge a aceitação, passando a suportar a impermanência e a intransigência da experiência vivida: *“[...] você tem que fazer amizade com a morte, você não pode brigar contigo próprio ou com a morte, você não pode fazer isso, você tem que criar amizade com ela [...]”* (E6). Sendo estes mecanismos de defesa uma forma de ajudar o ser humano a lidar com a consciência da morte e vivenciar os processos de perdas



significativas. Tais estágios ocasionam reações conforme a personalidade, a estruturação emocional e a realidade de cada sujeito.

Em contrapartida, na abordagem psicodramática, foi identificado cinco fases no processo de ressignificação da morte e na elaboração do luto: 1) Acolher: por meio de uma escuta qualificada e identificar os focos inconscientes e conscientes; 2) Fortalecer: possibilitar a autonomia do sujeito ao enfrentamento, reconsiderando os sentimentos e atitudes apresentados; 3) Revisitar: retornar a cenas da história de vida, no “como se”, utilizando de técnicas de ampliação de consciência, oferecendo continência, após voltar ao contexto atual; 4) Realizar simbolicamente: desenvolver a representação de papéis, tornar vivenciável o que é impossível, seja em cena aberta ou interna, passando a identificar nas perdas possíveis ganhos, como de conhecimento, experiência e novos recursos de enfrentamento que auxiliaram em outras situações da vida e a vivenciar o luto sobre novas perspectivas. A ressignificação simbólica possibilita a ressignificação de sentimentos anteriores; 5) Resignificar: é o novo sentido/significado, compreensão ampliada diante de a culpabilização e paralisação passando a um estado adequado, espontâneo e criativo e assim acolher as lições de vida que as perdas e a morte nos revela (STRAUCH, 2017).

É perceptível no discurso dos participantes a espiritualidade como recurso de enfrentamento adaptativo, pois contribui no desenvolvimento da esperança e coragem frente ao processo de enfrentamento do adoecer. Uma vez que a ciência não apresenta mais garantias, a espiritualidade fornece segurança, colaborando com esses sujeitos à aceitação frente à finitude do seu existir. *“Entreguei na mão de Deus, e a hora que quiser, sempre pensei assim.” (E5)* Ainda: *“Daqui a pouco você não consegue mais dar a volta e acaba falecendo. [...] Nunca dá para perder a fé e a esperança.” (E2)*

576

A dimensão dos sentidos e dos valores presentes nas falas dos entrevistados refere-se à religiosidade, à espiritualidade e às crenças dos participantes frente às suas concepções de saúde-doença, vida e morte. Estes fenômenos apresentam-se como estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes, como forma de conforto e dar significado ao sofrimento e à dor vivenciada diante da impossibilidade da cura da enfermidade oncológica. *“A primeira coisa que você tem que pensar é que você tem fé, tu tem que ter fé, e em segundo lugar, se você tem fé, você aceita, aceita a morte, você aceita a vida e agradece tudo o que vem lá de cima, todo dia é um prêmio. Então, eu me conscientizei, trabalhei, me diverti, tenho duas filhas lindas [...]” (E6).* As dimensões religiosas e espirituais passam a ser revistas ao se deparar com a terminalidade, pois o sujeito passa a buscar com maior profundidade o que realmente acredita e percebe-se que o recurso utilizado oferece alívio diante do momento vivenciado, encorajando o sujeito a aceitar tais circunstâncias e a atribuir significados.



Muitos pacientes procuram frequentar e acreditar em mais de uma religião ao mesmo tempo, este sincretismo religioso constituído culturalmente em nosso país, faz com que o sujeito frequente tal religião, mas não deixa de se interessar por outra, como bênçãos de uma benzedeira, por exemplo, sendo necessário que os profissionais da saúde levem em consideração as particularidades religiosas e sincréticas de cada sujeito, pois auxilia na diminuição do sofrimento existencial (ANCP, 2012).

Visando clarear os próprios conceitos de religiosidade, espiritualidade e religião, segue uma breve definição de tais dimensões, visando facilitar o entendimento da dimensão espiritual. A religião é a prática de rituais que visam facilitar o acesso ao sagrado (Deus, a verdade suprema, etc.), sendo um sistema organizado de crenças que pode ser intrínseca e extrínseca, a primeira ocorre de forma interna, já a segunda está voltada a comunidade religiosa, ao frequentar rituais sagrados, ir à igreja, ambas são formas que constroem a manifestação religiosa de cada sujeito. Já a espiritualidade busca compreender questões relacionadas ao sentido da vida, sendo uma busca pessoal; frente a situações de terminalidade, a espiritualidade está relacionada às atitudes de paz e serenidade em relação ao processo de morte vivenciado (*ibidem*).

O serviço de capelania é um dos recursos que pode ser ofertado no processo de hospitalização aos pacientes, e é importante que a equipe multidisciplinar leve em conta a religiosidade, a espiritualidade e as crenças de cada sujeito enfermo na execução das suas intervenções, para que assim contribua na relação de respeito para com cada paciente.

Ademais, o otimismo, a esperança são mecanismos utilizados para ajudar no processo de recuperação, porém não deve ser simulado, ou seja, uma máscara para passar uma visão falsa e positiva da situação que está vivendo, desta forma assumir a tristeza será muito mais positivo. Neste sentido, o otimismo é exposto na fala dos entrevistados: “*Olha, fiquei um pouco triste, magoado, mas sempre com aquela coragem, sempre com aquela fé, sempre, por exemplo, pensamento positivo, nunca negativo.*” (E1). Outro participante refere: “*Eu acho que a vontade de viver né, eu peço todo dia a Deus que me ajude a ser forte.*” (E3)

Tu não pode esperar, há vou esperar passar dor, dor não passa, dor aumenta. O corpo é que nem um carro, se você deixar na garagem por muito tempo, o motor não funciona mais, e o corpo é a mesma coisa, tu parar muito tempo e ficar esperando passar a dor, tu trava, então o pensamento positivo é erguer a cabeça e sair correndo. (E4)

O ser humano tem uma capacidade considerável para suportar a dor, desde que esteja sendo acompanhado por recursos internos, como a esperança, para que assim a dor não seja paralisante. Assim como a capacidade de ressignificar e construir significados diante do processo de elaboração das perdas, o qual irá contribuir na amenização do desconforto e do sofrimento, sendo esses sentimentos naturais, frente ao contexto de deparar-se com a própria finitude.



O apoio familiar frente à finitude abrange a importância do suporte familiar frente ao processo de adoecimento e hospitalização do paciente oncológico, pois colaboram para o enfrentamento, deixando a caminhada pelo adoecer menos penosa, oferecendo a percepção de segurança, bem como, uma rede familiar afetiva e disponível gera ao paciente maior adesão ao tratamento, sendo o alento e a companhia diante as restrições impostas pela perda da saúde. *“Bem, tenho bastante apoio de familiares, amigos, tem bastante gente me apoiando, daí fica mais fácil para você conviver com a doença e encarar o tratamento.” (E2) “Eu tenho muito apoio da minha família, eles me acompanharam desde o começo [...] a minha esposa nem se fala, ela me cuida em tudo [...]” (E3).*

O participante a seguir expôs ter abordado com seus familiares sobre sua própria morte, os quais apresentaram reações de evitar e de se proteger do sofrimento despertado ao se deparar com a iminência da finitude de seus familiares. A presença dos familiares e das pessoas afetivamente importantes para os participantes auxiliará no processo de perda e assim a vivenciá-la com mais leveza.

A família, os amigos, se for ver de mensagens de força, eu peço a eles deixa que Deus sabe, não adianta vocês ficarem me segurando porque tá muito pesado, tá muito sofrido, a gente viveu um mundo maravilhoso aqui, tem outra coisa misteriosa para frente, gente que me magoou muito, eu perdoei assim de coração sabe. (E5)

Percebe-se com o exposto pelo entrevistado que pode ocorrer o afastamento emocional das relações interpessoais. Bem como, ao entrar em confronto com a morte, gera-se a privação das expectativas e desejos, entretanto, observa-se na percepção e nas atitudes do paciente sua autonomia e seus desejos frente à terminalidade.

578

3.5 O processo psicoterapêutico como recurso diante da terminalidade

A intervenção da psicologia no âmbito hospitalar, diante da terminalidade e da morte, deve enfatizar a manifestação de angústias e a expressão dos sentimentos dos pacientes, familiares e da própria equipe de saúde. As intervenções psicoterapêuticas diante os cânceres avançados permitem ao paciente manifestar suas preocupações sobre o seu processo de morrer e sobre sua própria morte, possibilitando o seu bem-estar psicológico, uma vez que seu objetivo é reduzir o desconforto emocional, buscando maior leveza diante o processo de fim de vida.

Como exposto, a morte possibilita questionar o sentido da existência, e o processo psicoterapêutico colabora potencializando a autenticidade de cada sujeito diante seu existir e ser no mundo do primeiro ato espontâneo, o nascimento, e ao último, a morte, e que não deixam ser eventos traumáticos diante o existir. A psicoterapia deve ser realizada de uma forma precoce,



auxiliando o paciente a gerenciar os seus desafios diante a doença avançada, bem como identificar e trabalhar os sintomas psicológicos apresentados e oferecer uma qualidade de vida para o sujeito acometido pelo câncer, assim como para os seus familiares.

Cabe a este estudo demonstrar a importância do profissional psico-oncologista, cujo objetivo é oferecer suporte psicológico aos sujeitos que estão envolvidos direta ou indiretamente no diagnóstico de câncer. Sendo uma vertente da Psicologia da Saúde, que busca olhar para o paciente, sua família e os profissionais, e muitas vezes a trabalhar de forma interdisciplinar, considerando os fatores biopsicossociais, possibilitando às pessoas envolvidas a dar significados ao adoecer e as mudanças ocorridas em suas vidas (SCHULTZ; SILVA; CARLESSO, 2020).

A cena é um elemento simbólico, na qual se representam vivências internas, emoções, sensações corporais e suas associações, se evidencia um conflito e se busca uma resolução, que, no caso da morte, pode ser a necessidade de oportunizar uma despedida, externar algo reprimido, desengasgar ou possibilitar a ressignificação dos papéis perdidos (STRAUCH, 2017, p. 52).

Ressalta-se outro fator importante diante do tratamento de sintomas psicológicos e psiquiátricos diante do câncer avançado, a comunicação compartilhada entre o paciente e a equipe multidisciplinar, contribuindo para o melhor atendimento biopsicossocioespiritual do paciente. Uma vez que prestar informações a cada paciente de forma clara e coerente, e acolher as particularidades e a singularidade de cada sujeito, possibilitará conforto e alívio, colaborando no processo de tratamento dos mesmos.

O cuidado passa a ser humanizado quando ocorre uma comunicação compartilhada, ou seja, as decisões são tomadas de forma conjunta, paciente e equipe, que ofereça as informações de forma clara e objetiva, seja sobre o diagnóstico, o tratamento, o prognóstico, e assim promover a autonomia e respeitando os sentimentos e as escolhas de cada sujeito, bem como é imprescindível a comunicação cooperativa e aberta entre os membros da equipe interdisciplinar.



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método fenomenológico utilizado auxiliou na compreensão do mundo vivido pelos participantes da pesquisa, e assim conhecer as vivências, as trajetórias, os sentidos e significados de estar em processo de morrer e morte decorrente de uma doença oncológica. Através deste, conheceram-se histórias de vidas incríveis, e através de seus olhares, abriram-se janelas e, por um curto espaço de tempo, compartilharam de suas vivências, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional.

Evidenciou-se que a doença oncológica presentifica a própria morte, posto que o impacto do diagnóstico provoca reações adversas como a perda da autonomia devido à debilitação, alterações na imagem corporal, instabilidade subjetiva, angústias frente à existência e as consequências de suas escolhas, bem como o reflexo nas relações consigo e com os outros, revelando a falta existencial que a doença oncológica provoca, fazendo com que enfrente o irrepresentável da própria morte.

Os sentidos atribuídos subjetivamente pelos entrevistados diante da vida e da morte são variáveis, reconhecendo a responsabilidade de suas escolhas na vida, que refletirão diante do processo de morte, visto que ter consciência sobre a morte faz pensar sobre a vida. Já o processo de morte é representado por diversas significações e valores variáveis, compreendendo que deve ser um processo singular e natural, assim como consideram a inevitabilidade da morte.

Constatou-se que a representação da doença perpassa por implicações morais e/ou religiosas, assim como é acompanhada de sentimentos diversos como frustração, raiva, culpabilidade e tristeza. Ressaltou-se a concepção de morte pelo viés da espiritualidade, como reconhecimento dos seus feitos em vida, o descanso ou o alívio, e a possibilidade da continuação da vida em outro plano, sendo crenças reconfortantes perante a inevitabilidade da morte.

O estudo demonstrou que o paciente com a doença em progressão enfrentará diversos desafios e dificuldades, seja na dimensão física quanto psicológica. Dentre as dificuldades manifestadas em relação aos efeitos colaterais dos tratamentos realizados, os entrevistados citam questões voltadas à alimentação, ao cansaço, ao desconforto, à fraqueza, ao desgaste de deslocação de suas casas até a instituição hospitalar. Evidenciando a importância de ajudar os pacientes oncológicos a criar e encontrar significado à sua existência, levando em consideração o contexto cultural, espiritual e social. Assim como, atentar-se à dimensão física, o alívio da Dor Total e o cuidado paliativo diante dos sintomas, da dimensão espiritual e psicológica, oferecendo uma morte digna.

Alguns dos mecanismos de defesa utilizados pelos entrevistados, para a proteção psíquica frente ao processo de finitude foram: a religiosidade, como conforto; a espiritualidade, colaborando a busca de sentidos a vida; o otimismo; a esperança; a perseverança mantém o sujeito ativo,



protagonizando as cenas diárias e os papéis desempenhados na vida, seja diante do papel de doente; e o apoio da rede de suporte familiar e/ou social. Sendo recursos internos e externos, na tentativa de immortalizar de alguma maneira a própria existência.

Finalizando, os resultados apresentados através dessa pesquisa, contribuem para a compreensão da necessidade de apoio às diferentes dimensões do ser humano, da necessidade de espaços de escuta e acolhimento das angústias, dos anseios e dos sentimentos dos pacientes oncológicos, sendo o atendimento psicológico essencial para realizar intervenções e aprimorar a atenção integral aos pacientes no âmbito hospitalar.

Concluindo, algumas das limitações do estudo foram o público-alvo, uma vez que todos os entrevistados são do sexo masculino, verificando a importância de pesquisas futuras que abranjam uma amostra representativa dos pacientes oncológicos. Outra limitação foi encontrar referenciais teóricos voltados à percepção dos pacientes oncológicos frente à morte. Nesse sentido, se faz essencial a realização de novos estudos que busquem compreender este fenômeno, visto que a essência do fenômeno precisa ser explorada, entendendo a importância dessa temática não apenas para os pacientes ou profissionais da saúde, mas para todos que instigam a estudar sobre a finitude.

5 REFERÊNCIAS

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). (2012). *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed). Ed Sulina. Disponível em chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf
- Dall, A. S. L., & Estacia, A. S. (2022). O MEDO DA MORTE E DO MORRER EM PACIENTES ONCOLÓGICO EM MEIO A PANDEMIA DA COVID-19. *RECIMA21 - Revista Científica*, 3(9), e391900. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i9.1900>
- Freire, M., & Christina, A. (2000). *O corpo reflete seu drama: somatodrama como uma abordagem psicossomática*. Ágora.
- Guimarães, O. O., & Dias, C. C. (2017). A ANGÚSTIA DE (ser) E SUA INTERFACE COM A EXISTÊNCIA E A MORTE. *Psicologia E Saúde Em Debate*, 2(2), 42–57. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V2N2A3>
- Perazzo, Sérgio. (2019). *Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim* (5. Ed). Ágora.
- Siman, A., & Rauch, C. S. (2017). A FINITUDE HUMANA: Morte e existência sob um olhar fenomenológico-existencial. *Faculdade Sant'Ana Em Revista*, 1(2), 106-122. <https://www.iessa.edu.br/revista/index.php/fsr/article/view/111>
- Schultz Danzmann, P., Pinto da Silva, A. C., & Carlesso, J. P. P. (2020). PSICO-ONCOLOGIA E AMPARO A PACIENTES COM CÂNCER: uma revisão de literatura. *Psicologia E Saúde Em Debate*, 6(1), 244–255. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V6N1A17>



Strauch, V. R. F. (2017). *Ressignificação da morte na abordagem psicodramática: perdas e ganhos no luto*. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 25(1), 59-67.
<https://dx.doi.org/15329/2318-0498.20170006>

Troncoso, G., Paulina, R. A., & Rodin, G. (2019). *Psicooncología en cáncer avanzado. Terapia CALM, una intervención canadiense*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(3), 238-246.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000300238>