



CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

MARIA FERNANDA JANUÁRIA DE SOUZA

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE E O PROCESSO DE MORRER A PARTIR
DA PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO**

MURIAÉ

2023

MARIA FERNANDA JANUÁRIA DE SOUZA

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE E O PROCESSO DE MORRER A PARTIR
DA PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso ou Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia do Centro Universitário FAMINAS.

Orientador (a): Prof. Me. Maira Ribeiro de Souza

MURIAÉ

2023

MARIA FERNANDA JANUÁRIA DE SOUZA

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE E O PROCESSO DE MORRER A PARTIR
DA PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso ou Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia do Centro Universitário FAMINAS.

Orientador (a): Prof. Me. Maira Ribeiro de Souza

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Me Maira Ribeiro de Souza

Prof. Me Arthur Venuto Lopes Viana

Psicólogo José de Oliveira Júnior

MURIAÉ

2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha tia
Cláudia Carneiro da Silva (*In
memorian*).

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer que nessa trajetória seria impossível caminhar sozinha. Por meio dos tropeços da vida, esbarrei com pessoas que seguraram em minha mão e me ajudaram a enfrentar momentos difíceis, assim como fizeram toda a diferença nos dias de alegria. Primeiramente, agradeço a Deus por sempre estar presente nos momentos de aflição e angústia, cuidando de cada detalhe e me dando força para superar as imprevisibilidades da vida. Aos meus familiares, em especial meu pai Silo César de Souza e minha mãe Rosane Célia Januária da Silva, por todos os ensinamentos, pelo apoio e incentivo durante os anos de estudo e por abdicarem de elementos importantes de suas vidas para tornar o meu sonho de ser Psicóloga real. Agradeço às minhas avós Nedina e Maria, que sempre rezaram e se preocuparam comigo, dando forças para que eu nunca desistisse dos meus sonhos. Aos meus primos que se tornaram irmãos - Bárbara, Heitor, Érika, João Guilherme, Gabriel, Yasmin e Alice - obrigada por sempre estarem presentes e por nunca desacreditarem de mim. Agradeço também aos amigos que a Psicologia me proporcionou, obrigada por vibrarem junto comigo todas as conquistas, pela escuta atenta e por todo o acolhimento quando mais precisei - Livia, Débora, Gabriela, Ana Carolina, Yago e Ana Maria. Em segundo momento, agradeço a todos os professores que fizeram parte da minha graduação e com todo o cuidado repassaram seus conhecimentos e contribuíram para a minha formação ética e profissional: Arthur Venuto, Bruno Portela, César Soares, Lais Ramos, Hugo Valente, Maira Ribeiro e Murilo Campista. Agradeço em especial à minha professora Marina Tente, obrigada pela dedicação com a minha trajetória na Psicologia Hospitalar, sem a sua contribuição não seria possível finalizar esse projeto. Agradeço à minha orientadora Maira Ribeiro pelo auxílio e orientações para o desenvolvimento deste trabalho. Gostaria de agradecer também à instituição do Hospital do Câncer da Fundação Cristiano Varella de Muriaé e todos os colaboradores com quem dividi dois anos de vivências. Em especial, agradeço às minhas amigas de trabalho que se tornaram parceiras de vida: Mickelly Gouvêa, Larissa Ventura e Gleycianianne Victoria. Agradeço também à todos os psicólogos com quem compartilhei minha jornada no hospital - Ludmyla Dornelas, José Júnior, Tarciana Ferreira, Erica Tavares, Ana Carolina Rocha, Isabela Vargas e Izabella Bittencourt - minha sincera gratidão por todos os ensinamentos, por me darem forças para enfrentar os desafios e por todas as palavras de incentivo. Por fim, e não menos importante, agradeço a todos os pacientes e seus familiares, que me ensinaram sobre a vida e a morte, e me permitiram fazer parte de um período tão singular de suas trajetórias. Muito obrigada a todos!

EPÍGRAFE

“Todo o interesse na doença e na morte
é, em verdade, apenas uma outra
expressão do nosso interesse na vida”.
– Thomas Mann, *A montanha mágica*.

SOUZA, Maria Fernanda Januária de. **Considerações sobre a morte e o processo de morrer a partir da percepção do paciente oncológico.** 2023. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) Centro Universitário FAMINAS.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar a morte e o processo de morrer a partir da percepção do paciente oncológico. Para o desenvolvimento da pesquisa, há um delineamento qualitativo, delimitado por uma revisão integrativa de literatura. Os dados coletados compuseram três categorias de análise: 1) Percepções e sentimentos diante da morte a partir do diagnóstico e tratamento de câncer; 2) Percepções e sentimentos diante da própria morte; 3) Estratégias de enfrentamento do paciente oncológico frente ao processo de terminalidade. A análise dos dados indicou que há diferenças nas formas de enfrentamento e nas vivências dos indivíduos diante do processo de finitude. Neste sentido, o processo de morte e morrer transcende os elementos biológicos e naturais, caracterizando-se como uma dimensão simbólica da existência humana. Sendo assim, a percepção do diagnóstico oncológico, culturalmente estigmatizado e com representações negativas, desperta conflitos emocionais desde o início do adoecimento e emerge à consciência a crença da proximidade da finitude, fator que implica em uma série de mudanças no projeto de vida dos pacientes. Para tanto, torna-se necessário desenvolver espaços para que os pacientes compartilhem seus receios e, sobretudo, suas perspectivas em relação à morte. Esse momento possibilita o acolhimento dos sentimentos e a reconstrução do significado da vida diante da morte, contribuindo para o processo de desmistificação do morrer e promovendo a valorização do indivíduo que vivencia o adoecimento, ao dar visibilidade às suas percepções.

Palavras-chave: Morte; Câncer; Atitude frente à morte.

SOUZA, Maria Fernanda Januária de. **Considerations about death and the dying process from the perception of the cancer patient.** 2023. 65 f. Completion of course work (Bachelor in Psychology) FAMINAS University Center.

ABSTRACT

The present study aims to analyze death and the process of dying from the perception of the cancer patient. For the development of the research, there is a qualitative design, delimited by an integrative literature review. The data collected comprised three categories of analysis: 1) Perceptions and feelings towards death following the diagnosis and treatment of cancer; 2) Perceptions and feelings regarding one's own death; 3) Coping strategies for cancer patients facing the terminal process. Data analysis indicated that there are differences in the ways of coping and in the experiences of individuals facing the process of finitude. In this sense, the process of death and dying transcends biological and natural elements, characterizing itself as a symbolic dimension of human existence. Therefore, the perception of an oncological diagnosis, culturally stigmatized and with negative representations, awakens emotional conflicts from the beginning of the illness and the belief in the proximity of finitude emerges in consciousness, a factor that implies a series of changes in the patients' life project. To this end, it is necessary to develop spaces for patients to share their fears and, above all, their perspectives regarding death. This moment makes it possible to embrace feelings and reconstruct the meaning of life in the face of death, contributing to the process of demystifying dying and promoting the appreciation of the individual who experiences illness, by giving visibility to their perceptions.

Keywords: Death; Neoplasms; Death Attitude.

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1 - Caracterização dos artigos selecionados para análise.....	31
Quadro 2 - Resultados dos artigos selecionados para análise.....	34

LISTA DE SIGLAS, ABREVIACOES E SÍMBOLOS

INCA - Instituto Nacional do Câncer	12
DNA - cido Desoxirribonucleico	15
IES - Instituição de Ensino Superior	23
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde	29
DECs - Descritores em Ciências da Saúde	29
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde	29
LMA - Leucemia Mielóide Aguda	36

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
2 DESENVOLVIMENTO	14
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER	14
2.1.2 O diagnóstico de câncer e seus atravessamentos na saúde mental do paciente oncológico	17
2.1.3 Aspectos históricos sobre a construção do significado da morte	20
2.1.4 Perspectivas acerca das dimensões do luto	25
3 METODOLOGIA	28
3.1 Caracterização dos estudos	38
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
4.1 Percepções e sentimentos diante da morte a partir do diagnóstico e tratamento de câncer	43
4.2 Percepções e sentimentos diante da própria morte	48
4.3 Estratégias de enfrentamento do paciente oncológico frente o processo de terminalidade	53
4.3.1 A relação com a espiritualidade	53
4.3.2 A rede de apoio	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

1 INTRODUÇÃO

O câncer é a doença de maior incidência e prevalência na população mundial, atingindo indivíduos de todas as idades, gêneros e classes sociais. De acordo com a definição estabelecida pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer, em si, não é uma doença única e específica, mas é o termo geral atribuído a um conjunto de mais de cem doenças. Essas patologias têm em comum o crescimento desordenado de células, as quais possuem o potencial de invadir tecidos e órgãos vizinhos (INCA, 2011, 2022).

No Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2023-2025 indica a ocorrência de 704 mil casos novos, sendo 483 mil, excluindo as neoplasias de pele não melanoma. Por ser caracterizado por uma progressão rápida, falar sobre controle de câncer é adotar possibilidades de intervenção nas diversas etapas de sua evolução clínica. Para isso, torna-se necessário considerar a organização e a estrutura da rede assistencial, as características de cada região e as facilidades ou fraquezas para o acesso ao tratamento. Além disso, é fundamental promover debates de educação em saúde, visto que existem comportamentos sociais e estigmas intrínsecos ao significado da doença oncológica (INCA, 2022; SANTINI, 2018).

Com base nas investigações de Lo Bianco *et al.* (2020), é evidente o impacto que o diagnóstico oncológico tem sobre a vida daqueles que o vivenciam, sendo comumente associado a uma experiência traumática. A percepção do câncer, culturalmente estigmatizado e com representações negativas, desperta conflitos emocionais e emerge à consciência do indivíduo a crença da proximidade da morte, fator que implica em uma série de mudanças no projeto de vida dos pacientes (FILHO, 2014; SILVA, 2005).

Neste sentido, apesar dos notáveis progressos científicos e tecnológicos na oncologia, o câncer subsiste como um problema de saúde pública, sendo associado à primeira ou à segunda causa de morte por doença no mundo. No cenário brasileiro, ao evidenciar o índice de mortalidade por câncer, dados demonstram que durante o ano de 2020 foram constatados novos 111.512 óbitos para o gênero masculino e 108.318 para o gênero feminino, considerando todas as neoplasias (INCA, 2022).

Diante da complexidade deste fenômeno, compreende-se que para além de um elemento biológico e natural, a morte possui uma dimensão simbólica. Os significados referentes à finitude da vida podem ser analisados sob um viés cultural e historicamente circunscrito. Nas mais variadas sociedades, a ritualização da morte compartilha um conjunto

de indagações coletivas, alternando os significados e valores de acordo com as perspectivas que surgiram ao longo dos séculos (COMBINATO; QUEIROZ, 2006; FLORIANI, 2013).

Devido a essas representações sociais, a morte na contemporaneidade implica em um tabu, um objeto fóbico e em um elemento que tende a ser recalcado. Ainda, evidencia-se que o morrer é permeado por uma multiplicidade de estigmas e preconceitos, conferindo a este processo um temor maior do que o evento da própria morte. Didaticamente, denomina-se “morte” como a cessação permanente das funções orgânicas, enquanto o “morrer” é descrito como todo o período que culmina no óbito de um indivíduo (ARIÈS, 2012; MORITZ, 2002). Essa definição ressalta a importância de compreender o processo de finitude e as etapas que o precedem, proporcionando uma reflexão mais abrangente acerca da terminalidade e de seus atravessamentos no paciente.

Diante do exposto, a morte apresenta-se como uma condição inerente ao ser, sendo a única certeza que se tem do desdobramento da existência humana. Entretanto, este fenômeno impacta o sujeito de maneira individual, podendo estar associado a sentimentos de angústia e sofrimento. Segundo Kovács (2005), o medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. Neste sentido, considerando as especificidades impostas pelo câncer, são evidenciadas alterações de grande efeito no psiquismo humano, exigindo ao indivíduo o desenvolvimento constante de respostas adaptativas frente à essa enfermidade (PEÇANHA, 2008; SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008).

A partir desta breve contextualização, o presente estudo tem como objetivo analisar as percepções da morte e do processo de morrer do paciente oncológico. Ante ao exposto, possui como objetivos específicos: discorrer sobre a experiência de se viver com câncer; descrever as principais questões que emergem no processo de adoecimento do paciente oncológico; refletir sobre as atitudes frente à morte e os atravessamentos deste fenômeno no paciente oncológico. Para tanto, desenvolveu-se a pergunta norteadora da pesquisa “Quais são as percepções acerca da morte e do processo de morrer do paciente oncológico?”.

Para a condução da pesquisa, emprega-se um delineamento metodológico qualitativo, caracterizado por uma revisão integrativa de literatura. Essa abordagem consiste na síntese de múltiplos estudos publicados, o que viabiliza uma perspectiva abrangente sobre um tema específico e possibilita a compreensão do objeto de pesquisa por meio de uma análise ampla do conhecimento na área. Para tanto, utilizou-se a análise de conteúdo a partir de Bardin (1977). Ainda, torna-se fundamental destacar que esta revisão busca realizar uma análise crítica, mantendo padrões de rigor, clareza e reaplicabilidade dos estudos

selecionados. Como via de acesso ao conhecimento, a escolha por este método está pautada na abrangência de resultados pré-existentes, com diferentes abordagens metodológicas, aumentando a profundidade e a evidência das considerações deste trabalho (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2011).

O interesse em estudar a morte emerge a partir de vivências pessoais, potencializadas por experiências advindas de um estágio extracurricular, realizado em um hospital especializado em oncologia durante o período de janeiro de 2022 a dezembro de 2023. Estas experiências delinearão o perfil acadêmico da pesquisadora, atribuindo significado e sentido no cuidado às pessoas diagnosticadas com câncer. Ao estabelecer contato com pacientes em condição de doença oncológica em estágio avançado, a terminalidade da vida apresenta-se como algo real e mais próximo, o que implica em diversos sentimentos, emoções e reações. Esta percepção permitiu o desenvolvimento de inquietações subjetivas, assim como o desejo em aprofundar conhecimentos sobre essa temática em suas várias dimensões, sobretudo a existencial.

Com este estudo, busca-se contribuir para o processo de desmistificação da morte e do morrer, promovendo a valorização do indivíduo que vivencia o adoecimento, ao dar visibilidade às suas percepções.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER

Evidências apontam que existem há milhares de anos achados arqueológicos associados ao câncer. Em todas as partes do mundo, foram encontradas lesões compatíveis com o diagnóstico oncológico em fósseis de dinossauros e em múmias egípcias, assim como observou-se escritos e documentos rudimentares que demonstram compreensão acerca de vários tipos de neoplasias. Tais aspectos reverberam a ideia de que o câncer não é uma doença recente, visto que há registros de sua presença desde os primórdios da Antiguidade (SILVA, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), o câncer não é uma doença específica. O termo designa o nome dado a um conjunto de mais de 100 diferentes tipos de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células (maligno), que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos à distância (metástases). Devido a sua rápida capacidade de multiplicação, estas células tendem a ser agressivas e incontroláveis, determinando o

desenvolvimento de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (INCA, 2022).

Ao analisar a tendência mundial, nota-se que o perfil de enfermidades que acometem a população brasileira tem se modificado. As doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de mortalidade, sendo substituídas prioritariamente por doenças crônicas e neoplasias. Segundo as estimativas para o triênio de 2023 a 2025, ocorrerão 704 mil novos casos de câncer. Excluindo o câncer de pele não melanoma, espera-se 483 mil casos novos, sendo 49,5% em homens (239 mil) e 50,5% (244 mil) em mulheres. O câncer infantojuvenil (de 0 a 19 anos) tem a probabilidade de representar 7.900 casos, com predomínio no gênero masculino de 4.200 (53,2%) e 3.700 (46,8%) no gênero feminino. Estas estimativas evidenciam um aumento progressivo do número de casos oncológicos no cenário brasileiro (INCA, 2022; SANTOS, 2023).

Segundo Caponero (2008) são diversos os fatores que podem estar atrelados à formação das neoplasias, as quais não há uma causa específica, mas uma sucessão de eventos, podendo ser internos e externos ao organismo, ou ainda inter-relacionados. De acordo com o INCA (2022), estatísticas revelam que entre 80% a 90% dos casos de câncer estão associadas as questões presentes no ambiente, como ingestão de alimentos, consumo de medicamentos, contexto de trabalho em indústrias químicas, maneiras de se comportar e hábitos adquiridos socialmente. As causas internas estão ligadas diretamente a condições imunológicas e hormonais, fatores genéticos e hereditários, que pré-determinam indivíduos mais suscetíveis à ação das células cancerígenas (CAPONERO, 2008; INCA, 2022).

O processo de formação do câncer é denominado de carcinogênese ou oncogênese. Em síntese, uma célula cancerosa pode levar vários anos para dar origem a um tumor visível, porém os efeitos acumulativos dos diferentes agentes carcinógenos são responsáveis pelo início, promoção, progressão ou inibição do tumor. Devido a uma alteração no Ácido Desoxirribonucleico (DNA), a célula passa a receber informações imprecisas para suas atividades. Prontamente, uma mutação genética seria o ponto de partida para o surgimento de um câncer (INCA, 2022).

No Brasil, de acordo com dados disponibilizados pelo INCA (2022), as doenças malignas que ocorrem mais frequentemente são: câncer de pele não melanoma, com 220 mil casos novos (31,3%), seguido pelos cânceres de mama, com 74 mil (10,5%); próstata, com 72 mil (10,2%); cólon e reto, com 46 mil (6,5%); pulmão, com 32 mil (4,6%); e estômago, com 21 mil (3,1%) casos novos. Estima-se que os tipos de câncer mais frequentes em homens

serão pele não melanoma, com 102 mil (29,9%) casos novos; próstata, com 72 mil (21,0%); cólon e reto, com 22 mil (6,4%); pulmão, com 18 mil (5,3%); estômago, com 13 mil (3,9%); e cavidade oral, com 11 mil (3,2%). Nas mulheres, figurarão entre os principais os cânceres de pele não melanoma, com 118 mil (32,7%); mama, com 74 mil (20,3%); cólon e reto, com 24 mil (6,5%); colo do útero, com 17 mil (4,7%); pulmão, com 15 mil (4,0%); e tireoide, com 14 mil (3,9%) casos novos (INCA, 2022).

Na atual conjuntura, o adoecimento por câncer tem possibilitado um maior controle dos sintomas da doença, o que resulta em um elevado número de pacientes que atingiram a remissão do diagnóstico, alcançaram a cura clínica ou ainda encontram-se vivendo muitos anos com a doença. Entretanto, evidências apontam que as chances de curabilidade não são uniformes, sendo influenciadas por fatores como o tipo de tumor, o momento em que ocorre a descoberta do diagnóstico, o início e a definição do tratamento (SILVA; 2006; VEIT; CARVALHO, 2008).

Devido à complexidade alcançada, a escolha dos recursos assistenciais é estabelecida conforme o diagnóstico e prognóstico de cada paciente, considerando suas particularidades, questões biológicas, históricas, culturais e sociais. Assim, a identificação do câncer ocorre por meio de uma avaliação que busca detectar as alterações fisiológicas e funcionais do paciente. Quando concluído este estágio, torna-se necessário realizar o estadiamento da doença, que possibilita uma análise individual do prognóstico de cada paciente frente à patologia específica, a fim de definir a melhor abordagem terapêutica para o tratamento (SILVA, 2005; VEIT; CARVALHO, 2008).

Desde o final do século XIX, pesquisadores de diferentes áreas desenvolveram formas variadas e seguras de tratamento oncológico. Deve-se destacar que a primeira esfera a vivenciar avanços importantes foi a cirúrgica, conforme o advento da anestesia e técnicas instrumentais, que possibilitaram a retirada de tumores antes da formação de metástases, tendo como resultado um melhor prognóstico. A partir disso, criou-se a necessidade de proporcionar à população propostas de educação em saúde, fazendo com que surgisse a importância da noção do diagnóstico precoce e de intervenções rápidas (VEIT; CARVALHO, 2008).

Ainda, destaca-se que a localização do tumor influencia diretamente nas manifestações da doença, exigindo a elaboração de protocolos adaptados individualmente. Em síntese, os tratamentos disponíveis para o câncer podem ser realizados através de modalidades como cirurgia, quimioterapia, radioterapia, transplante de medula óssea ou

cuidados paliativos. Em diversas situações clínicas, torna-se fundamental a combinação de uma abordagem multifacetada, que envolve a associação de diferentes modalidades de tratamento, com o objetivo de alcançar resultados mais eficazes e promover a melhora do prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes (INCA, 2022).

A alta sofisticação das técnicas de diagnóstico e tratamento possibilitaram uma inegável melhoria da qualidade de vida do sujeito. No entanto, o índice de mortalidade pelo câncer ainda se encontra elevado. De acordo com Kligerman (2002), a situação oncológica pode ser sintetizada por quatro elementos: 1) o câncer é considerado como a segunda causa de mortalidade por doença; 2) a incidência do diagnóstico oncológico aumenta progressivamente, englobando as faixas etárias abaixo de 50 anos; 3) os serviços assistenciais e as instituições oncológicas são insuficientes e por vezes mal distribuídos geograficamente; 4) muitos óbitos poderiam ser evitados a partir da realização de ações de cunho preventivo ou por meio de detecção precoce.

No Brasil, identificou-se no ano de 2020 cerca de 225.83 casos de óbitos, sendo 111.512 para o gênero masculino e 108.318 para o gênero feminino, considerando todas as neoplasias (INCA, 2022). Tais estatísticas são reafirmadas nos estudos de Kligerman (2002), destacando que, em diversos países, o câncer corresponde à primeira ou à segunda causa de morte prematura antes dos 70 anos. Diante disso, embora exista a certeza da inevitabilidade da morte para todos os seres humanos, ressalta-se a importância de discutir acerca da experiência de se viver com câncer e as questões presentes no processo de adoecimento e tratamento.

2.1.2 O diagnóstico de câncer e seus atravessamentos na saúde mental do paciente oncológico

O câncer é uma doença crônica que traz alterações físicas e emocionais para quem o vivencia, configurando-se como um elemento estressor de natureza ambiental e psicofísica. Juntamente com a descoberta do diagnóstico oncológico, existem construções sociais e estigmas atrelados a esta enfermidade. A literatura indica que, culturalmente, o câncer está associado a fatores negativos, ameaçadores e temidos, como a dor, o sofrimento e a morte. Essas representações provocam efeitos que podem interferir no curso do tratamento e no enfrentamento da doença (PEÇANHA, 2008; SILVA, 2006).

Por enfrentamento, entende-se como a mobilização de recursos psicossociais, visando à adaptação a situações potencialmente desafiadoras, estressantes ou adversas. Em

geral, o *coping*, conforme postulado por Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), tem sido relacionado a um processo emocional, cognitivo e comportamental, no qual o indivíduo mobiliza ações ou estratégias para lidar com um episódio particular de estresse. Em pacientes oncológicos, o enfrentamento vem sendo concebido como um fator de grande relevância para a qualidade de vida em contextos de adversidade e sofrimento psíquico (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; PEÇANHA, 2008).

Evidentemente, o diagnóstico do câncer e todas as transformações que ele provoca, bem como os tratamentos e seus efeitos adversos, acarretam impactos ao sujeito, incorporando-se à sua biografia e dando um significado ao seu padecimento. No adoecimento, se potencializam angústias, medos, inseguranças, raivas, revoltas, não apenas para os pacientes, mas também para os familiares e profissionais da saúde envolvidos a este contexto (AMARAL *et al.*, 2012; BRUSCATO, 2010).

Por conseguinte, a comunicação do diagnóstico de uma enfermidade como o câncer é um dos momentos mais delicados para o profissional de saúde. Acredita-se que, na área da cancerologia, a provisão de informações acerca das possibilidades terapêuticas requer um diálogo aberto entre médico e paciente, possibilitando a inserção daquele que está sendo assistido nos processos de tomada de decisão. Neste sentido, a forma como o especialista dá à notícia pode afetar significativamente a relação do indivíduo com o seu próprio adoecimento, exigindo assertividade e sensibilidade na construção do diálogo e na passagem das informações (SILVA, 2005; VEIT; CARVALHO, 2008).

Paralelamente ao exposto, Kubler-Ross (2020) evidencia que uma das primeiras reações do paciente diante do seu diagnóstico é o choque temporário, podendo evoluir, posteriormente, para um estado de negação. Esse elemento é corroborado pelos achados de Silva (2006), ao afirmar que, neste momento, o indivíduo e seus familiares sentem que há algo de errado na conclusão diagnóstica, e, nesta iminência, podem suscitar reações emocionais desestruturantes, como a incerteza, culpa, inconformismo, dúvidas quanto o futuro e sintomas compatíveis com o humor deprimido.

Por conseguinte, a investigação dos aspectos psicológicos revela uma multiplicidade de expressões da subjetividade humana, compreendendo sentimentos, desejos, pensamentos, comportamentos, fantasias, lembranças, padrões de vida e particularidades do processo de adoecimento inerente a cada ser. Em específico à concepção do câncer, é possível verificar a crença de predição de morte antecipada. Assim, as reações emocionais do paciente derivam de um medo maior - o medo de morrer - acrescido de múltiplos temores conforme a evolução

da doença, tratamento e de suas consequências (SILVA, 2006; SILVA; ALVES; AQUINO, 2008).

No ambiente hospitalar, torna-se fundamental propiciar ao paciente a oportunidade de ampliar seu nível de consciência sobre seus aspectos emocionais, possibilitando uma forma mais satisfatória de ser e estar no mundo. Os indivíduos, muitas das vezes, não se encaixam em nenhuma classificação psicopatológica, mas, em grandes questões existenciais, passíveis de trabalho psicoterapêutico. Assim, as experiências intersubjetivas de cada sujeito, as crenças e as singularidades da família interagem entre si, conduzindo uma estrutura referencial de atitudes adotadas pelo paciente durante o processo do adoecimento e tratamento (FILHO, 2014; SILVA, 2005).

Com o objetivo de contribuir com essa proposta, Silva (2005) destaca sobre as vivências da pessoa com diagnóstico oncológico. Segundo a autora, o conhecimento acerca do adoecimento por câncer significa enfrentar uma jornada repleta de desafios desconhecidos e incertos. É perceber-se como principal cuidador de si mesmo, é experimentar sensações de invasão, mutilação, e ser desafiado a construir novas formas de estar no mundo. Além disso, viver com câncer é sofrer mudanças nas formas de ocupação, é experienciar diferentes maneiras de se relacionar com as pessoas, que interferem significativamente nas condições do novo existir. Entretanto, essa experiência também possibilita a ressignificação de valores, uma vez que os sujeitos exploram novos aprendizados e possibilidades de crescimento pessoal. Logo, existe uma maior interação do paciente com seu mundo interno, o que favorece para o redirecionamento de um futuro mais autêntico (SILVA, 2005).

No que concerne aos cuidados assistenciais, a pessoa que está enfrentando o tratamento oncológico não depende apenas de profissionais da saúde, mas também do suporte dos familiares. Acerca disso, as medidas terapêuticas para o câncer e os protocolos existentes impõem limitações que geralmente são facilitadas com a ajuda daqueles que convivem com o indivíduo hospitalizado. Os familiares se preocupam com diversos aspectos, como alimentação, medicamentos, higiene e dor, além de encorajar o sujeito a superar as adversidades do tratamento e acompanhá-lo às consultas periódicas (SILVA, 2005).

Diante disso, surge a importância de compreender o paciente na sua totalidade, buscando respostas junto ao próprio ser-doente, considerando-o para além do diagnóstico e permitindo a ascensão das vertentes do sofrimento que o envolve. Em suma, o homem deve

ser considerado enquanto um ser de relação, um sujeito coletivo, onde existe uma interação entre o psíquico, o biológico, o social e o espiritual (ARAÚJO; VIEIRA, 2004; PRADO, *et al.*, 2019). Dessa forma, refletir sobre a complexidade dos significados subjacentes à relação entre a vivência do câncer é fundamental, contribuindo para a elaboração de processos de conscientização, o qual visa fortalecer recursos psicológicos adaptativos e favorecer a minimização do sofrimento psíquico diante do adoecimento.

2.1.3 Aspectos históricos sobre a construção do significado da morte

A priori, é válido destacar que, desde as primeiras civilizações ocidentais, haviam construções sociais e valores atribuídos frente à terminalidade. Ao analisar a amplitude do contexto de finitude, há que se considerar que a tendência à domesticação da morte não a tornaria somente parte de uma configuração do imaginário, mas suscetível de investigação por diferentes campos de saberes especializados, tal como a medicina, tanatologia, bioética, psicologia, sociologia, entre outros (ARIÈS, 2012; BRAGA; BRAGA; SOUZA, 2021).

Quando considerada à luz de indagações históricas, a potencialidade da morte ascende como um elemento de reflexão acerca das questões existenciais da natureza humana. Nesse sentido, buscou-se analisar as práticas e a elaboração de discursos relacionados à finitude, tendo como base a historiografia. Para alcançar o objetivo vigente, tomou-se como ponto de partida a familiaridade tradicional do homem com a morte, a partir de uma análise da segunda fase da Idade Média até as últimas décadas do século XX (ARIÈS, 2012).

Enquanto fundamento antropológico da condição humana, o entendimento acerca do binômio morte-morrer somente se tornou possível a partir da construção de uma ordem simbólica, partilhada em diferentes contextos - sociais, culturais e religiosos - apresentando-se como um elemento atravessado por crenças e significados (BORGES; MENDES, 2012; COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

O historiador Phillipe Ariès, autor da obra *História da Morte no Ocidente: da Idade Média até os nossos dias*, é uma das principais referências francesas no que concerne aos estudos das atitudes dos homens perante à morte. Em suma, Ariès (2012) estabelece as primeiras bases do conhecimento sobre as transições sofridas por este fenômeno ao longo da história. Como evidenciado pelo autor, “as transformações do homem diante da finitude são extremamente lentas por sua própria natureza ou se situam entre longos períodos de imobilidade” (ARIÈS, 2012, p. 24). Devido a isso, as mudanças na concepção de morte

muitas vezes passam despercebidas na sociedade, ao passo que adquirem validade através do movimento de repetição cultural.

Na primeira subdivisão de seus estudos, Ariès descreve algumas atitudes assumidas pelo homem diante do fim da vida em um recorte temporal da Idade Média. Iniciando pela categoria da “morte domada”, o autor afirma que, ao encarar a morte, cumpria-se uma das grandes leis da espécie humana. Neste momento, o indivíduo não cogitava em evitá-la ou exaltá-la, apenas a aceitava como uma das grandes etapas necessárias de atravessamento do desenvolvimento humano, enfrentando-a com resignação (ARIÈS, 2012).

Fluindo na lógica da ordem da natureza, a morte era assimilada de maneira mais familiar e onipresente, vivenciada sem medo e apreensão. No que diz respeito ao processo de perda, existia um espaço-tempo destinado à elaboração do luto, marcado por rituais de despedidas, com entes queridos cercados ao leito. A celebração mortuária - característica de culturas pré-cristãs - era predominantemente pública e organizada pelo próprio moribundo, o qual concedia a si mesmo os rituais adequados para a sua garantia de uma boa morte (ARIÈS, 2012).

Durante este período, a Igreja se consolidava enquanto uma instituição organizada, baseando-se em discursos detentores do saber e na construção de redes simbólicas. O catolicismo pregava o ideal de morte projetado em um imaginário pedagógico dos sistemas culturais, no qual acreditava-se que o homem seria julgado na presença de um Deus segundo o “balanço de sua vida”. Tais crenças são transformadas nos séculos XVII e XVIII, sob a ação da Reforma Católica, enfatizando que não seria necessário esforçar-se excessivamente para viver virtuosamente, ao passo que a finitude era suficiente para resgatar todos os erros cometidos em vida (ARIÈS, 2012).

No decorrer do século XIX, a Revolução Higienista foi um marco histórico que modificou radicalmente a visão de morte e os meios de interação com o paciente moribundo. Nesta transformação, o convívio com indivíduos em terminalidade estaria permeado por uma noção de perigo, contaminação e doença. Uma forte preocupação decorrente dessa época de transição para a modernidade baseou-se em excluir os mortos dos vivos, colocando-os cada vez mais longe do meio urbano e do convívio social (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Kubler-Ross (2017) destaca que a morte ocorria, sobretudo, devido às epidemias que permeavam a sociedade tradicional. Os escassos meios de tratamento para as patologias provocavam um convívio contínuo com a possibilidade da perda de um familiar ou membro próximo da comunidade. Com a emergência do capitalismo e das sociedades industriais,

desenvolveu-se uma necessidade de compreender os fenômenos sob a ótica de um conhecimento especializado. Neste cenário, os avanços teóricos e científicos provocados pela medicina e a vacinação em massa contribuíram para que decrescesse o número de casos fatais, diminuindo o índice de mortalidade e de doenças infecciosas (KUBLER-ROSS, 2017).

Sendo assim, a taxa de mortalidade infantil se reduz a partir da ascensão do campo da puericultura e das contribuições da educação. Em contrapartida, cresce o número de vítimas com tumores e doenças crônicas, correlacionado ao envelhecimento progressivo e ao aumento da longevidade humana. Os pediatras lidam menos com doenças críticas, enquanto os médicos assistentes cuidam de pacientes idosos que precisam enfrentar suas limitações físicas, atravessadas por aspectos emocionais advindos com o adoecimento (KUBLER-ROSS, 2017).

Como afirma Borges e Mendes (2012), uma importante medida deste período consiste na criação de políticas de saúde que, a priori, foram integradas aos interesses econômicos e as racionalidades capitalistas da época. Por outro lado, as medidas de prevenção e controle social de saúde trouxeram o afastamento do ato de morrer na vida cotidiana e, conseqüentemente, da consciência individual, desencadeando uma completa alteração da percepção de finitude. Sob este aspecto, é válido ressaltar que o objetivo desta discussão não é apontar qual período histórico detém a forma correta de compreender o processo de morrer, mas se atentar para o fato de que esta vivência está intimamente relacionada aos discursos de uma dada época, entrelaçados às demandas de um modelo sociocultural e econômico vigente.

Assim, a partir da transferência massiva de indivíduos adoecidos para as salas de emergência, a morte na contemporaneidade se fará presente no cotidiano desse espaço, tornando-se distante, asséptica e silenciosa. Acerca dessa atitude, Ariés (2012) desenvolve o conceito de “morte interdita”. Essas circunstâncias fazem com que os profissionais da saúde cada vez mais se apropriem de condutas que privilegiam a cura e se dispõem, progressivamente, a um segundo plano de observação dos aspectos que constituem o indivíduo que adoce. Nessa nova condição social, a morte moderna é representada por leitos hospitalares, cercados por luzes e tubos que monitoram as funções vitais dos pacientes, tendo por companhia ruídos de máquinas e aparelhos (ARIÈS, 2012; KUBLER-ROSS, 2017; COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Diante do exposto, torna-se importante atentar para o fato de que, quando um paciente está gravemente enfermo, logo em seguida é cercado por enfermeiros, médicos, residentes e técnicos de laboratório, sendo submetidos aos mais diversos procedimentos invasivos, sem o direito de opinar sobre eles. Pouco a pouco, decisões são tomadas sem o seu parecer e, inevitavelmente, o paciente deixa de ser uma pessoa, um sujeito detentor de opiniões, sentimentos e desejos e que, acima de tudo, possui o direito de ser escutado. Dentro desse modelo de assistência, há uma minimização dos aspectos psicossociais do processo de saúde-doença, no qual prevalecem características mecânicas e impessoais, compreendidas sob o viés clínico-biologista (FIGUEIREDO; STANO, 2013; KUBLER-ROSS, 2017).

Combinato e Queiroz (2006) relatam que o avanço da ciência seria uma forma de possibilitar aos indivíduos um melhor meio de preparação para o acontecimento inevitável da finitude. Ao contrário, percebe-se que, quanto mais desenvolvidas as formas de prolongar a vida, maior será a tendência de negar a morte. Por meio das enunciações de Figueiredo e Stano (2013) verificou-se que este fenômeno está influenciado por uma lacuna na formação teórica e prática dos profissionais de medicina. Os autores expõem que o médico moderno apresenta capacidade para atuar com os aspectos da doença, mas nem sempre para lidar com o ser doente que se defronta com a finitude. Tais elementos são reafirmados no estudo de Borges e Mendes (2012), os quais reforçam que há uma escassa preparação dos profissionais de saúde para o enfrentamento da morte, promovendo a naturalização da assistência tecnicista como a única forma de cuidado e, conseqüentemente, um distanciamento reativo.

Na área da enfermagem, Moura *et al.* (2018) elabora um estudo referente ao ensino da tanatologia em instituições públicas e privadas do estado da Bahia. Conforme apresentado, apenas 13,8% das Instituições de Ensino Superior (IES) possuem a Tanatologia como disciplina na matriz curricular, sendo o caráter obrigatório 6,9%, e optativo na mesma proporção. É importante destacar que a deficiência em abordar os assuntos da morte e do processo de morrer no período da graduação podem acarretar, posteriormente, em dilemas éticos na atuação profissional. Estes aspectos são complementados pela pesquisa de Souza *et al.* (2017), ressaltando as contribuições da temática da tanatologia quando inseridas desde os primeiros semestres. O estudo contou com a aplicação da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes Acerca da Morte em graduandos de seis cursos da área da Saúde. Com base nos resultados, observou-se que a discussão sobre a disciplina logo no início da formação contribui para um preparo mais qualificado do graduando, capacitando-o a exercer sua profissão, não somente na perspectiva de curar, mas também do processo de cuidar.

Em suma, essa resistência ocasiona o desenvolvimento de um modelo de negação da morte, transformando-a em um tabu, um objeto fóbico e em um elemento que tende a ser recalçado (ARIÈS, 2012). Aliando-se a esses fatores, Combinato e Queiroz (2006) trazem à tona barreiras de defesa que intensificam a negação da morte e do morrer. Afirmaram, ainda, que o investimento da equipe de saúde nos recursos tecnológicos torna-se uma alternativa de prolongamento da vida para evitar não somente o contato com a morte, mas a comunicação com os familiares e com as emoções mais profundas do paciente. Assim, além de evitar o contato com a terminalidade do outro, o profissional distancia-se dos sentimentos em relação a percepção de sua própria possibilidade de finitude.

Neste paralelo, desde o século XIX, as estratégias de cuidado foram influenciadas pelo modelo biomédico que, posteriormente, passou a ser questionado visando promover discursos humanizados de saúde. Face a esse entendimento, os cuidados paliativos surgem como alternativa ao paradigma de saúde tradicional, abrindo espaço para uma nova gestão do morrer. No século XX, esse movimento se finda como uma abordagem de assistência a pacientes com doenças avançadas e fora da possibilidade de cura. Desde então, sua inserção no sistema de saúde corresponde para além da elaboração de protocolos, abarcando também os aspectos bioéticos diante do quadro clínico dos pacientes (FLORIANI, 2013; KUBLER-ROSS, 2017).

Acerca desse movimento institucional, observa-se como princípio norteador a qualidade de vida e o respeito à autonomia do paciente em relação ao seu processo de morte. Sob o viés de cuidado integral e centralizado no ser-doente, a finitude passa a ser vista como parte do processo da vida, enquanto um fenômeno físico, psíquico, social e espiritual. O que está por trás dessas construções é um conjunto de elementos que altera as excessivas expectativas ou condutas médicas às formas de alívio do sofrimento, possibilitando um modo de morrer que vá para além do uso continuado e persistente da alta tecnologia, mas que também envolve uma jornada ética do cuidado (FLORIANI, 2013; KUBLER-ROSS, 2017).

Após percorrer várias culturas, verificou-se que a morte possui um caráter universal, uma vez que o homem está fadado à sua condição de ser finito. Entretanto, o processo como os historiadores encaram este acontecimento representa a evolução do tema no decorrer da história, assim como suas permanências, rupturas e maneiras de lidar com este fenômeno (BORGES; MENDES, 2012; KUBLER-ROSS, 2017). Tais fatores podem ser analisados na pesquisa de Magalhães e Nascimento (2017) que através de estudos com base no método introspectivo de caráter quantitativo, evidenciam que há diferentes perspectivas relacionadas

à significação tanatológica, sendo estas influenciadas pelos elementos afetivos e cognitivos em interface com a cultura.

Nas palavras de Ariés (2012), existe uma relação permanente entre a ideia que se tem da morte e a que o sujeito faz de si mesmo. Face a esse entendimento, é possível verificar que a maneira como o indivíduo dá sentido à morte está atrelada também à forma como ele se percebe, e o que as suas vivências o permitem pressentir. Araújo e Vieira (2004) verificam que, apesar da repressão da morte e do morrer da consciência coletiva, o primeiro passo para a quebra da defesa é promover espaços de discussões, reflexões e análises, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida/morte. Diante do exposto, torna-se fundamental compreender as percepções sobre a morte e o processo de morrer a partir da historicidade, visto que estes aspectos influenciam o modo de agir e reagir frente a este fenômeno.

2.1.4 Perspectivas acerca das dimensões do luto

O luto é um fenômeno intrínseco à experiência humana, sendo representado por uma resposta individual e subjetiva frente ao rompimento de um vínculo significativo. Trata-se de um processo natural e esperado, expressado de acordo com as particularidades de cada pessoa. Acerca disso, a vivência do luto não apaga a crise, mas possibilita a construção de novos significados em relação à experiência de perda. Por meio desse processo, ocorre uma reorganização emocional, cognitiva e existencial, na qual o sujeito passa a reconstruir sua própria identidade diante do percurso de ausência (MARRAS, 2016).

É importante ressaltar que o luto pode surgir como resposta a diversas formas de perdas, sejam elas consideradas reais ou simbólicas. Neste contexto, se desencadeiam um conjunto de reações adaptativas que possibilitam as pessoas lidarem com as mudanças e mobilizarem recursos psicológicos diante da ruptura da intercorporeidade. Dessa forma, depreende-se que cada indivíduo traz consigo subjetividades e estratégias de enfrentamento que moldam sua forma de lidar com o contexto de luto, atravessado pelas experiências adquiridas ao longo da trajetória de vida (MARRAS, 2016).

Marras (2016) define a vivência do luto como uma reconstrução gradual do sentido da realidade. Esse processo de adaptação requer um investimento emocional significativo, visto que implica em revisitar memórias, sentimentos e expectativas, bem como em reestruturar a própria identidade e projetos de vida. Segundo a autora, a experiência da

pessoa enlutada apresenta-se como um fenômeno complexo e multifacetado, que envolve aspectos cognitivos, emocionais, comportamentais e interpessoais.

Kubler-Ross (2017), através da obra intitulada “*Sobre a morte e o morrer*”, explora pela primeira vez os cinco estágios sobre a morte, sendo estes apreendidos através do atendimento de pacientes em estado de terminalidade. Neste sentido, as fases do processo do luto buscam exemplificar como a morte afeta o paciente, o profissional envolvido e a família, assim como apresentar os mecanismos de enfrentamento utilizados frente à uma doença incurável.

Conforme a autora supracitada, os estágios sobre a morte são: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. É válido destacar que as etapas descritas não se impõem de maneira padrão para todos os indivíduos, mas auxiliam na compreensão dos diferentes momentos do luto. Ainda, as fases não ocorrem necessariamente de maneira sequencial, tal como não se torna obrigatória a passagem por todos os ciclos para o manejo da pessoa enlutada (KUBLER-ROSS, 2017).

O primeiro estágio, descrito como negação e isolamento, é frequentemente evidenciado no momento em que o paciente recebe uma má notícia. Neste sentido, Kubler-Ross (2017) expõe que a negação no contexto do tratamento não é um estado permanente, mas uma reação temporária. No entanto, esse estágio não está necessariamente encerrado após a sua manifestação inicial, podendo ressurgir ao longo do processo de luto. Após um período considerável, é comum observar que o paciente recorre mais ao isolamento do que à negação como mecanismo, sendo ambos considerados pela autora como uma reação saudável, visto que o indivíduo se encontra em desenvolvimento de estratégias e defesas para lidar com situações dolorosas.

Quando o primeiro estágio da negação não é mais sustentado de forma consistente, sentimentos de raiva, revolta e ressentimento emergem. Do ponto de vista da família e da equipe hospitalar, lidar com esta etapa é um processo intrínseco de desafios. Prontamente, deve-se ao fato de que a raiva tende a se propagar em todas as direções, projetando-se no ambiente, sendo muitas vezes analisadas sob motivos minimamente plausíveis. Kubler-Ross (2017) expõe a importância de as pessoas envolvidas na assistência do paciente refletir sobre os motivos que ocasionam essa emoção, uma vez que a expressão desse sentimento pode significar múltiplos fatores. Logo, compreender e ressignificar a raiva contribui para uma melhor aceitação do paciente frente ao seu tratamento.

O terceiro estágio, o da barganha, surge como uma reparação, comumente direcionada à uma entidade divina. Apesar de ocorrer em um breve período, essa fase parte do entendimento de que indivíduos, baseados em experiências anteriores, tendem a ser recompensados por comportamentos considerados virtuosos. Em sequência, o estágio caracterizado como depressão, geralmente se desenvolve quando o sujeito inicia um quadro de piora clínica, tornando-se menos possível de ocultar a doença. Kubler-Ross (2017) destaca que, neste momento, há uma ambivalência entre o desejo em estar vivo e o de morrer para aliviar o sofrimento, gerando uma sensação de oscilação das emoções no paciente.

Em síntese, o paciente que passou por processos de resignificação, atingiu a quinta etapa, denominada de aceitação. Por meio de uma compreensão silenciosa, o sujeito se sente no fim da vida e traz à consciência a sensação de objetivo alcançado frente ao viver, desfrutando de certa satisfação ao recordar os seus dias de labor. Por fim, o estágio de aceitação associa-se ao fim de um processo de externalização dos sentimentos, experimentado sem medo ou desespero (KUBLER-ROSS, 2017).

Os estágios citados anteriormente constituem um modelo de grande relevo para a compreensão da dinâmica do processo de luto. No entanto, diversas áreas de investigação produziram novas perspectivas sobre o enfrentamento de enlutados após a perda de um ente querido. Uma das conceitualizações mais aceitas atualmente corresponde ao Modelo do Processo Dual do Luto, conforme as contribuições de Stroebe e Schut (1999).

Em síntese, a construção do luto ocorre em três perspectivas: a orientação para a perda, a orientação para a restauração e o período dinâmico de oscilação. Esse processo enfatiza o movimento dos indivíduos de envolver-se e, ao mesmo tempo, afastar-se do luto. Diante disso, a oscilação entre ambos os movimentos, ainda que não ocorram em progressão linear, retrata a dinâmica de elaboração da pessoa enlutada (SANTOS *et al.*, 2019; STROEBE; SCHUT, 1999).

Stroebe e Schut (1999) expõem que as perspectivas citadas anteriormente refletem como os indivíduos respondem aos fatores estressores que advém das circunstâncias da morte. No início do processo do luto, a orientação para a perda predomina-se, no qual há uma tendência de a pessoa enlutada focalizar sua atenção em sentimentos negativos, vinculados à ruptura de vínculo e às experiências com a pessoa falecida. Contudo, cada sujeito tem a possibilidade de escolher confrontar-se ou evitar os elementos estressores da parte de restabelecimento, o que conduz à proposta de oscilação.

Neste contexto, a orientação para o restabelecimento não se refere a uma variável quantitativa de resultado, mas corresponde a fontes secundárias de estratégias que auxiliam a pessoa enlutada a prosseguir a sua vida individual com a ausência do ente querido. Stroebe e Schut (1999) destacam que esta análise se centra naquilo que precisa ser resolvido, bem como na definição de formas de como o fazer. Assim, quando a morte ocorre, não há apenas a ausência física do indivíduo, mas também emergem mudanças substanciais que são consequências secundárias da perda. A fim de complementar, os autores citam como exemplo o desenvolvimento do estatuto de viúvo, a necessidade da pessoa enlutada em realizar tarefas que antes eram assumidas pelo falecido, assim como garantir a resolutividade de problemas sem a presença do ente querido.

Como mencionado anteriormente, há uma alternância entre a orientação para a perda e a orientação para o restabelecimento, realizada através do confronto e do evitamento de diferentes circunstâncias associadas ao luto. Isto conduz, então, a uma dimensão central que distingue a teoria de Stroebe e Schut (1999) dos demais modelos clássicos de *coping*. Diante disso, a oscilação refere-se a um processo cognitivo e dinâmico de regulação emocional, no qual a pessoa enlutada, em algum momento, irá confrontar algum aspecto da perda, outros, por vezes, evitará. Os autores postulam também que a oscilação é necessária para um ajustamento ao longo do tempo.

Embora as variáveis exploradas neste capítulo não esgotam toda a complexidade inerente ao processo do luto, é possível verificar que a análise das questões relativas à morte contribui, conseqüentemente, para a compreensão das vivências envolvidas no percurso de elaboração da perda. Em suma, o processo de luto é multifacetado e abrangente, englobando aspectos físicos, psicológicos e sociais que interagem entre si. Investigar essa interação é essencial para compreender como os fatores da perda influenciam a trajetória da pessoa enlutada (SILVA; ALVES, 2012).

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, realizado a partir de uma revisão integrativa de literatura, a qual consiste na síntese de múltiplos estudos publicados, o que viabiliza uma visão geral de um determinado tema e possibilita apreender o objeto de pesquisa, através de uma análise ampla do conhecimento. Para tanto, utilizou-se a análise de conteúdo a partir de Bardin (1977).

No conjunto de técnicas que envolvem a análise de conteúdo, a análise categorial é, cronologicamente, a mais antiga e na prática a mais utilizada, sendo evidenciada como base de descrição das principais fases de uma análise de conteúdo. Para o seu desenvolvimento, ocorrem operações de desmembramento do texto em categorias seguidas de reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas se constitui de maneira eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simplistas (BARDIN, 1977).

A partir disso, para o delineamento desta revisão, foram desenvolvidas seis etapas: 1) seleção do tema norteador; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; 3) definição das informações relevantes a serem extraídas e categorização dos estudos; 4) análise dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; 6) síntese do conhecimento e desenvolvimento da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2011). O período de coleta da pesquisa iniciou-se no dia 12 de agosto de 2023 e terminou em 20 de outubro de 2023.

A estratégia de busca adotada baseou-se na utilização de palavras-chave e descritores, conectados por intermédio do operador “AND”, sendo estes identificados através do Descritores em Ciências da Saúde (DECS) no idioma português. Os descritores selecionados foram “câncer” e “atitude frente a morte” e as combinações de palavras-chave “câncer AND atitude frente a morte” também foram utilizadas para alcançar o objetivo vigente.

Nesse âmbito, inicialmente, foi realizada uma busca *on-line* de modo a identificar artigos científicos na íntegra dos portais Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Durante esta etapa, aplicou-se a ferramenta “filtrar” disponibilizada na plataforma da BVS, que fornece acesso à base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Este critério permitiu que apenas as referências disponíveis eletronicamente no Lilacs fossem selecionadas.

Após a identificação dos artigos pré-selecionados, encontrou-se o total de 108 referências, que, posteriormente, foram armazenadas no programa Microsoft Excel Online, por meio do desenvolvimento de uma planilha. A partir disso, as informações sobre os estudos foram subdivididas em: base de dados onde se deu a indexação, descritores utilizados, título do artigo, ano de publicação, incluído e/ou excluído pelo título, incluído e/ou excluído pelo resumo.

Procedeu-se, então, a leitura dos títulos das publicações, selecionando como critério de inclusão aqueles que fazem menção à temática abordada. Na base de dados Scielo foram

localizados 7 artigos, combinando os descritores “câncer AND atitude frente à morte”, sendo incluídos pelo título 4 destes. No Lilacs, com os mesmos descritores, foram localizados 101 artigos, sendo incluídos 47 pelos mesmos motivos. Os critérios de exclusão foram: não fazer menção, no título, a indicativos que abordassem de alguma forma o processo de morte ou morrer de pacientes oncológicos, adicionando a exclusão pela repetição ou por textos que não estão constatados em língua portuguesa. Na base de dados Scielo, 2 artigos foram excluídos por repetição e apenas 1 devido não mencionar, no título, a temática abordada. Na plataforma Lilacs, foram excluídos 54 artigos conforme os critérios pré-estabelecidos. Entre eles, 13 artigos não fizeram menção, no título, ao tema de estudo, 30 artigos foram excluídos devido o texto estar no idioma inglês e/ou espanhol, adicionando a exclusão de 11 artigos por repetição. Logo, restaram 51 artigos para a leitura dos resumos.

Durante o processo de exploração dos resumos, adicionou-se como critério de exclusão estudos em formato de monografia, tese ou dissertação, e, ainda, com método de revisão de literatura. Notoriamente, enquanto critério de inclusão, optou-se por selecionar pesquisas que foram aplicadas com estratégia metodológica a técnica de entrevista com pacientes oncológicos jovem-adultos e que abordaram a percepção sobre a morte e o processo de morrer, como resultado ou conclusão da pesquisa. Sendo assim, dos 4 artigos incluídos pelo título da base de dados Scielo, apenas 1 foi excluído após a leitura do resumo, devido focalizar a temática na percepção de profissionais da equipe de saúde. Na plataforma Lilacs, dos 47 artigos incluídos pelo título, 11 foram adicionados e 36 excluídos após a leitura dos resumos e conforme os critérios pré-estabelecidos. Entre eles, 17 estudos mencionaram a morte e o processo de morrer, porém 8 foram sob a perspectiva dos profissionais de saúde, 7 artigos abordaram a temática de acordo com a percepção de pais e/ou familiares e 2 estudos foram analisados a partir da visão de pacientes crianças. Ainda, excluíram-se 3 teses, 2 dissertações, 1 monografia e 4 revisões de literatura. Ademais, na mesma plataforma, não foi possível realizar a leitura do resumo de 7 artigos devido o texto não estar mais disponibilizado na base de dados e/ou em outros meios de acesso eletrônico. Observa-se que a prevalência deste critério ocorreu em estudos publicados entre o ano de 1985 até 2005. Por fim, optou-se pela exclusão de 2 artigos devido não focalizar, no resumo, a temática abordada.

Após a leitura do título e do resumo, com base nos critérios de inclusão e exclusão, foi realizada a leitura de 14 artigos científicos na íntegra. Após a leitura minuciosa dos estudos selecionados, 4 pesquisas da base de dados Lilacs foram excluídas, devido não

abordar de maneira central a morte e o processo de morrer na perspectiva do paciente oncológico. Deste modo, restaram 10 artigos para análise.

Quando concluída a seleção das referências, percebeu-se a necessidade de sintetizar as informações extraídas, com a finalidade de facilitar o desenvolvimento da pesquisa e a análise de dados. Os 10 artigos foram apresentados em um novo quadro, elaborado na mesma plataforma Microsoft Excel Online, a fim de analisar como a temática da morte e do processo de morrer do paciente oncológico emergiram nos estudos. A organização da etapa dos resultados obtidos visou caracterizar os artigos pertinentes, com tópicos divididos em: nome do artigo, autores e ano da publicação, base de dados, referencial teórico e temáticas encontradas nos estudos acerca da morte e do processo de morrer. Diante disso, foram realizadas a caracterização dos artigos selecionados para análise, conforme apresentado pelo quadro a seguir (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização dos artigos selecionados para análise

Nome do artigo	Autores e ano de publicação	Base de dados	Referencial teórico	Temáticas encontradas nos estudos acerca da morte e do processo de morrer
1.Aspectos existenciais e bioéticos nos cuidados paliativos oncológicos	LANGARO; SCHNEIDER (2022)	Scielo	Entrevistas analisadas sob a perspectiva fenomenológica.	Verificaram-se três dimensões do modo como as pessoas (re) organizam seus projetos de ser a partir do adoecimento grave e da perspectiva de morte: espiritualidade/ religiosidade; ser em família; relação com a morte.
2.Vivência de pessoas com câncer em estágio avançado ante a impossibilidade de cura: análise fenomenológica	PRADO <i>et al.</i> (2020)	Scielo	Estudo fundamentado na fenomenologia heideggeriana.	As perspectivas foram alinhadas nas seguintes temáticas ontológicas: encontrando-se com a possibilidade inevitável da morte; encontrando-se consigo pela angústia e pelo sofrimento; buscando transcender a angústia existencial ante a possibilidade de morte.
3.Pacientes oncológicos com doença avançada: preocupações e expectativas vivenciadas na	PRADO <i>et al.</i> (2019)	Scielo	Estudo fundamentado nas concepções apresentadas por Elizabeth Kübler-Ross	A questão norteadora do estudo baseou-se em “Quais as preocupações que permeiam a vivência de pessoas com câncer em estágio avançado em

terminalidade da vida				relação ao seu presente e futuro?"
4. Significados da morte para adultos com câncer assistidos em um hospital oncológico do Brasil.	SARTOR; MERCÊS; TORREALBA (2022)	Lilacs	Os autores não delimitaram de forma explícita nenhuma abordagem teórica psicológica, porém no decorrer do texto infere-se que as considerações são analisadas sob a teoria de Elizabeth Kübler-Ross.	O estudo foi conduzido pela questão norteadora "O que a morte significa para você?". Após análise dos dados, foram compostas seis classes e quatro categorias: a morte como mudança de vida e passagem; quando a morte é melhor que o sofrimento; a expectativa na intervenção divina; e a morte negada e distanciada.
5. Impactos de adoecimento de longa duração: experiência de adultos jovens com Leucemia Mieloide Aguda	BARSAGLINI; SOARES (2018)	Lilacs	Estudo fundamentado na fenomenologia de Alfred Schutz.	Apesar de não abordar diretamente o processo de morte e morrer de pacientes oncológicos, optou-se pela inclusão deste estudo devido os depoimentos dos participantes relatarem o impacto em lidar com a possibilidade de finitude mediante a percepção da alta letalidade desta doença hematológica.
6. Significados da doença, morte e perdão em mulheres com Câncer da mama	ANDRADE; FONTE (2017)	Lilacs	As histórias foram analisadas utilizando Grounded Analysis para obter uma compreensão holística e aprofundada do significado que os indivíduos atribuem à sua experiência vivencial.	A questão norteadora do estudo baseou-se em "Qual será a percepção da morte em doentes oncológicos, e que aspectos da sua vida poderão contribuir para a emergência do perdão?"
7. O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama	DOLINA; BELLATO; ARAÚJO (2013)	Lilacs	Os autores não delimitam de forma explícita nenhuma abordagem teórica psicológica, porém no decorrer do texto infere-se que as considerações são analisadas sob a teoria de Elizabeth Kübler-Ross	A partir da realização e descrição das entrevistas, desenvolveu-se duas categorias centrais de estudos, denominadas de "Morrer a vida - as pequenas mortes vivenciadas por Beth" e "Beth vivendo seu morrer e morte".

8.A morte na visão do sertanejo nordestino em tratamento oncológico	VERAS; MOREIRA (2012)	Lilacs	Estudo fundamentado no método fenomenológico.	A questão norteadora do estudo baseou-se em “O(a) Senhor(a) poderia nos falar o que é a morte para o(a) senhor(a)?”. As temáticas foram subdivididas em: a morte em seus aspectos históricos e psicológicos; a realidade histórico-cultural do homem do sertão nordestino brasileiro; e a pessoa com câncer em sociedade.
9.A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase	TRINCAUS; CORRÊA (2007)	Lilacs	Estudo fundamentado na fenomenologia heideggeriana.	O objetivo do estudo é compreender como os pacientes oncológicos, em tratamento quimioterápico por ocorrência de metástase, vivenciam a possibilidade de morte. As temáticas sobre a morte emergiram de diferentes maneiras, sendo elas: implicitamente; como um fenômeno natural, vivido na impessoalidade, pela morte do outro; como fenômeno que permeia a existência.
10.O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica	CARVALHO; MERIGHI (2005)	Lilacs	Estudo fundamentado na fenomenologia heideggeriana.	As perspectivas foram alinhadas como unificações ontológicas, extraídas dos discursos das mulheres que foram: o ser-aí e as diferentes faces da dor; o cuidar como possibilidade de solicitude; a relação autêntica e inautêntica no processo do cuidar; a angústia do morrer; o ser-no-mundo e a autonomia para morrer.

Em seguida, procedeu-se à leitura na íntegra dos estudos que compuseram o corpus de análise. Diante disso, foram realizadas a interpretação dos resultados, conforme apresentado pelo quadro de caracterização a seguir (Quadro 2).

Quadro 2. Resultados dos artigos selecionados para análise

Nome do artigo;	Amostra	Percepções e sentimentos diante da morte a partir	Percepções e sentimentos	Estratégias de enfrentamento
------------------------	----------------	--	---------------------------------	-------------------------------------

Autores e Ano de Publicação		do diagnóstico e tratamento de câncer	diante da própria morte	
1.Aspectos existenciais e bioéticos nos cuidados paliativos oncológicos (LANGARO; SCHNEIDER, 2022).	Entrevista realizada com 12 pacientes adultos em cuidados paliativos oncológicos.	O artigo menciona associações do diagnóstico de câncer à morte.	O artigo menciona percepções e sentimentos diante da própria morte associados à temporalidade existencial; interrupção de planos e projetos de vida; sensação de inutilidade e perda de autonomia; pedidos de antecipação de morte e ideias suicidas; arrependimento ou culpa; angústia; medo de morrer; incertezas e preocupações de como os familiares irão se desdobrar após a morte. Pacientes também revelaram aceitação da morte, enquanto um processo natural da vida.	O artigo menciona espiritualidade e rede de apoio como estratégias de enfrentamento.
2.Vivência de pessoas com câncer em estágio avançado ante a impossibilidade de cura: análise fenomenológica (PRADO et al., 2020).	Entrevista realizada com 11 pacientes oncológicos adultos em estágio avançado, considerando a presença de metástases, prognóstico fechado ou tratamento de cuidados paliativos.	O artigo menciona associações do diagnóstico de câncer à morte.	O artigo menciona percepções e sentimentos diante da própria morte associados à angústia. Pacientes também revelaram aceitação da morte, enquanto um processo natural da vida.	O artigo menciona a espiritualidade como estratégia de enfrentamento. Não há categorias sobre rede de apoio.
3.Pacientes oncológicos com doença avançada: preocupações e expectativas vivenciadas na	Estudo desenvolvido com 11 pacientes oncológicos em cuidados paliativos. As idades variavam	O artigo menciona associações do diagnóstico de câncer à morte.	O artigo menciona percepções e sentimentos diante da própria morte associados à interrupção de planos e projetos	O artigo menciona espiritualidade e rede de apoio como estratégia de enfrentamento.

terminalidade da vida (PRADO et al., 2019).	entre 40 a 82 anos, sendo oito do gênero feminino e três do gênero masculino.		de vida; sensação de inutilidade e perda de autonomia; angústia; medo de morrer; incertezas e preocupações de como os familiares irão se desdobrar após a morte. Pacientes revelaram evitar pensar sobre a própria morte. Entretanto, também foram identificados relatos de aceitação da morte, enquanto um processo natural da vida.	
4. Significados da morte para adultos com câncer assistidos em um hospital oncológico do Brasil. (SARTOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022).	Pacientes clínicos e cirúrgicos e sob cuidados paliativos. Foram selecionados 30 pessoas indicadas pela equipe, as quais 27 aceitaram e 3 recusaram.	O artigo menciona associações do diagnóstico de câncer à morte.	O artigo menciona percepções e sentimentos diante da própria morte associados à pedidos de antecipação de morte; arrependimento ou culpa; medo de morrer. Pacientes revelaram evitar pensar sobre a própria morte. Entretanto, também foram identificados relatos de aceitação da morte, enquanto um processo natural da vida.	O artigo menciona espiritualidade como estratégia de enfrentamento. Não há categorias sobre rede de apoio.
5. Impactos de adoecimento de longa duração: experiência de adultos jovens com Leucemia Mielóide Aguda (BARSAGLINI; SOARES; 2018).	Participaram do estudo adultos jovens diagnosticados com Leucemia Mielóide Aguda (LMA).	O artigo menciona associações do diagnóstico de câncer à morte.	O artigo menciona percepções e sentimentos diante da própria morte associados à temporalidade existencial. Pacientes também revelaram aceitação da morte, enquanto um	O artigo menciona rede de apoio como estratégia de enfrentamento. Não há categorias sobre espiritualidade.

			processo natural da vida.	
6. Significados da doença, morte e perdão em mulheres com Cancro da mama (ANDRADE; FONTE, 2017).	Entrevistas semiestruturadas realizadas com um grupo de oito mulheres diagnosticadas com câncer de mama.	O artigo menciona associações do diagnóstico de câncer à morte.	O artigo menciona percepções e sentimentos diante da própria morte associados à temporalidade existencial; interrupção de planos e projetos de vida; sensação de inutilidade e perda de autonomia; medo de morrer. Pacientes revelaram evitar pensar sobre a própria morte. Entretanto, também foram identificados relatos de aceitação da morte, enquanto um processo natural da vida.	O artigo menciona espiritualidade como estratégia de enfrentamento. Não há categorias sobre rede de apoio.
7. O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama (DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013)	Estudo realizado com uma paciente do gênero feminino, com 34 anos, diagnosticada com câncer de mama e fora das possibilidades terapêuticas de cura.	O artigo menciona associações do diagnóstico de câncer à morte.	O artigo menciona percepções e sentimentos diante da própria morte associados à sensação de inutilidade e perda de autonomia; pedidos de antecipação de morte e ideias suicidas angústia; medo de morrer; incertezas e preocupações de como os familiares irão se desdobrar após a morte. Pacientes revelaram evitar pensar sobre a própria morte.	O artigo menciona espiritualidade como estratégia de enfrentamento. A rede familiar é citada como referência de cuidado, apesar da paciente entrevistada apresentar rompimento de alguns vínculos afetivos significativos.
8. A morte na visão do sertanejo nordestino em tratamento oncológico	Estudo realizado com 7 pacientes referenciados de cidades do sertão nordestino e que realizavam	O artigo menciona associações do diagnóstico de câncer à morte.	O artigo menciona percepções e sentimentos diante da própria morte associados ao medo de morrer.	O artigo menciona espiritualidade e rede de apoio como estratégia de enfrentamento.

(VERAS; MOREIRA, 2012)	tratamento oncológico.		Pacientes também revelaram aceitação da morte, enquanto um processo natural da vida.	
9.A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase (TRINCAUS; CORRÊA, 2007)	Entrevista realizada com 7 pacientes oncológicos, em tratamento quimioterápico por ocorrência de metástases.	O artigo menciona associações do diagnóstico de câncer à morte.	O artigo menciona percepções e sentimentos diante da própria morte associados à sensação de inutilidade e perda de autonomia; medo de morrer. Pacientes também revelaram aceitação da morte, enquanto um processo natural da vida.	O artigo menciona rede de apoio como estratégia de enfrentamento. Não há categorias sobre espiritualidade.
10.O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica (CARVALHO; MERIGHI, 2005)	Participaram do estudo 11 mulheres diagnosticadas com câncer, em tratamento paliativo, fora das possibilidades de cura e em fase de terminalidade.	O artigo menciona associações do diagnóstico de câncer à morte.	O artigo menciona percepções e sentimentos diante da própria morte associados à interrupção de planos e projetos de vida; sensação de inutilidade e perda de autonomia; pedidos de antecipação de morte; angústia e medo de morrer.	O artigo menciona rede de apoio como estratégia de enfrentamento. Não há categorias sobre espiritualidade.

A partir dos objetivos do estudo, para análise e interpretação dos resultados foram construídas 3 categorias temáticas: 1) Percepções e sentimentos diante da morte a partir do diagnóstico e tratamento de câncer; 2) Percepções e sentimentos diante da própria morte; 3) Estratégias de enfrentamento do paciente oncológico frente o processo de terminalidade.

Ao realizar a leitura na íntegra dos artigos, observou-se a prevalência da perspectiva fenomenológica enquanto referencial teórico-metodológico utilizado na maioria das pesquisas. Entre os 10 artigos incluídos, 6 dotaram essa abordagem na análise deste método de investigação, configurando 60% das pesquisas presentes no quadro de caracterização dos artigos selecionados para análise (Quadro 1). Segundo Dutra (2002), esta estratégia

qualitativa de estudo baseada na Fenomenologia possibilita conhecer a trajetória de relações do sujeito e seu modo de constituir-se como ser no mundo, assim como é fundamental para desvelar a experiência vivida. Por meio dela, é possível ter acesso ao sujeito da experiência. Neste sentido, estes pressupostos alcançam seus objetivos à medida que as vivências singulares sobre a morte e o processo de morrer do paciente oncológico é descrita na relação com o mundo em que o sujeito investigado está inserido.

3.1 Caracterização dos estudos

A princípio, é válido ressaltar que a busca na literatura científica, a partir dos descritores mencionados na metodologia, evidenciou que o tema da morte e do processo de morrer de pacientes oncológicos estão localizados nas bases de dados desde o ano de 1985, com publicações recentes até o ano 2022. Este fator destaca a relevância contínua da temática da finitude e a extensa presença deste campo de investigação ao longo do tempo. Diante do exposto, optou-se por apresentar nos parágrafos subsequentes os estudos incluídos na pesquisa, realizando uma síntese das particularidades de cada artigo, com a finalidade de investigar como os autores exploraram as experiências, percepções e sentimentos dos pacientes entrevistados em relação à finitude. Todas as siglas utilizadas na análise e discussão dos resultados são citações pertinentes das entrevistas incluídas na pesquisa do Quadro 2. Os discursos foram identificados por letras seguidas de numeração sequencial a fim de manter o anonimato dos participantes.

Além disso, destaca-se que os 10 estudos incluídos adotaram uma abordagem de natureza qualitativa. Na perspectiva de Strauss e Corbin (2008), os métodos qualitativos são utilizados com o objetivo de obter detalhes acerca da vivência de fenômenos, que dificilmente seriam encontrados através de metodologias quantitativas. Nesse sentido, a importância desse método reside na sua capacidade de investigar o significado da morte e do processo de morrer, por meio da análise de entrevistas conduzidas previamente pelos autores. Este elemento permite acessar a realidade construída entre o pesquisador e o objeto de estudo, possibilitando analisar como cada ser humano atribui sentido aos acontecimentos de sua vida.

Prontamente, Langaro e Schneider (2022) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de compreender como se dão as vivências de pacientes oncológicos adultos em assistência de cuidados paliativos, com prognóstico de impossibilidade de cura. Enquanto

critério para a realização do estudo, os participantes deveriam estar conscientes do seu quadro clínico e em condições de saúde suficientes para realizarem a entrevista. Através disso, os autores analisaram o processo de adoecimento e morte e a relação do sujeito com seu projeto de ser. O estudo foi conduzido mediante a realização de entrevistas narrativas aplicadas a 12 pessoas internadas em uma unidade de cuidados paliativos de um hospital público, sendo sete mulheres e cinco homens, com idade entre 39 a 57 anos. Ainda, as entrevistas foram analisadas sob a perspectiva fenomenológica, utilizando também princípios da bioética.

Ademais, com a finalidade de evidenciar as preocupações de pacientes com câncer em estágio avançado, Prado *et al.* (2019) desenvolveu um estudo com 11 pacientes oncológicos em cuidados paliativos, cujas idades variavam entre 40 a 82 anos, sendo oito do gênero feminino e três do gênero masculino. Os dados foram coletados no período de 2016 a 2017, através de entrevistas abertas, abordando as experiências e enfrentamentos vivenciados durante o processo de terminalidade da vida, das quais foram extraídos discursos e submetidos à análise de conteúdo. Dessa forma, a pergunta norteadora da pesquisa baseou-se em “Quais as preocupações que permeiam a vivência de pessoas com câncer em estágio avançado em relação ao seu presente e futuro?”. Enquanto resultados, os relatos dos pacientes foram: viver melhor o agora, aproximar-se mais de pessoas da rede de apoio, preocupando-se com o bem-estar de seus familiares e como eles ficarão após sua partida, transcendendo assim o seu próprio sofrimento. O estudo foi fundamentado nas concepções apresentadas por Elizabeth Kübler-Ross, através da compreensão das cinco fases do processo morte e morrer: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (PRADO *et al.*, 2019).

Conforme o estudo anterior, Prado *et al.* (2020) realiza uma nova pesquisa acerca das concepções de pacientes oncológicos diante da fase de terminalidade (PRADO *et al.*, 2019; PRADO *et al.*, 2020). Entretanto, neste artigo, as entrevistas foram analisadas sob o referencial teórico da fenomenologia heideggeriana, tendo como principal questão norteadora: “Como tem sido para você conviver com a impossibilidade de cura de sua doença?”. Em suma, os resultados apontaram que o câncer é compreendido como uma condição clínica que pode se repetir nas pessoas, sendo que o sofrimento se manifesta de forma única, e cada sujeito enfrenta-o da sua maneira e o concebe de forma personalizada. Diante disso, as perspectivas foram alinhadas nas unidades temáticas ontológicas: Encontrando-se com a possibilidade inevitável da morte; encontrando-se consigo pela

angústia e pelo sofrimento; buscando transcender a angústia existencial ante a possibilidade da morte (PRADO *et al.*, 2020).

Na pesquisa de Sator, Mercês e Torrealba (2022), buscou-se conhecer os significados da morte para adultos com câncer hospitalizados. Diferente dos estudos apresentados anteriormente, além de pacientes sob cuidados paliativos, também foram incluídos no estudo pacientes clínicos e cirúrgicos. Foram selecionadas 30 pessoas indicadas pela equipe de enfermagem, médica ou administrativa, as quais 27 aceitaram e 3 recusaram. Dessa forma, delimitou-se como inclusão sujeitos com idade acima de 18 anos com diagnóstico de câncer em qualquer estágio e modalidade de tratamento, hospitalizados por tempo indeterminado. Excluíram-se aqueles com rebaixamento de nível de consciência e em fragilidade emocional. O estudo foi conduzido pela questão norteadora “O que a morte significa para você?”. Após análise dos dados, foram compostas seis classes e quatro categorias: a morte como mudança de vida e passagem; quando a morte é melhor que o sofrimento; a expectativa na intervenção divina; e a morte negada e distanciada. Os autores não delimitam de forma explícita nenhuma abordagem teórica psicológica, porém no decorrer do texto infere-se que as considerações são analisadas sob a teoria de Elizabeth Kübler-Ross (SATOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022).

Em articulação com os demais estudos apresentados, a literatura de Barsaglini e Soares (2018) tem como objetivo analisar as experiências de adultos jovens diagnosticados com Leucemia Mielóide Aguda (LMA). O estudo foi desenvolvido durante três meses, sendo os participantes identificados junto à equipe do ambulatório de Oncologia e Hematologia de um hospital de referência no estado do Mato Grosso. Os critérios de inclusão foram: pacientes diagnosticados com LMA, que residem na cidade supracitada, estar na fase de manutenção da doença, com pequenas doses de quimioterápicas via oral e ter idade entre 20 a 28 anos. A partir disso, quatro pessoas foram selecionadas para participarem de três entrevistas, que, posteriormente, foram analisadas conforme o referencial teórico da Fenomenologia de Alfred Schutz. Os dados foram organizados de acordo com o processo de descoberta do adoecimento, as mudanças na autoimagem e a sensação de iminência de morte (BARSAGLINI; SOARES; 2018). Apesar de não focar diretamente no processo de morte e morrer, optou-se pela inclusão deste estudo devido os depoimentos dos participantes apresentarem o impacto emocional em lidar com a possibilidade de finitude, mediante a percepção da alta letalidade desta doença hematológica.

Além disso, através de entrevistas semiestruturadas realizadas com um grupo de oito mulheres diagnosticadas com câncer de mama, Andrade e Fonte (2017) buscaram identificar a relação do adoecimento e os atravessamentos diante a percepção de morte, perdão e projetos futuros de pacientes oncológicos. Ao realizar a leitura na íntegra do artigo, observou-se enquanto categoria da pesquisa a importância do perdão como um instrumento facilitador na resolução de conflitos quando há um diagnóstico de câncer. Desta forma, os autores delimitaram como questão de investigação “Qual será a percepção da morte em doentes oncológicos, e que aspectos da sua vida poderão contribuir para a emergência do perdão?” (ANDRADE; FONTE, 2017). Neste viés, devido a pesquisa incluir objetivos específicos que vão para além da temática de estudo central deste trabalho, optou-se por analisar apenas as entrevistas que descrevem conteúdos relacionados à doença oncológica e a forma que os discursos das pacientes se articulam com a percepção de morte.

Ainda no cenário de pacientes diagnosticadas com câncer de mama, a pesquisa de Dolina, Bellato e Araújo (2013) tem como objetivo compreender o adoecer, o processo de morrer e a morte de uma mulher jovem com diagnóstico de uma neoplasia mamária. Esta pesquisa configurou-se como um estudo de situação, o qual permitiu analisar a Linha da Vida, conforme os sentidos atribuídos às vivências da paciente. Como critério de inclusão, definiu-se a escolha de uma paciente do gênero feminino, com 34 anos de idade, diagnosticada com câncer de mama, sendo este fora das possibilidades terapêuticas de cura. As entrevistas foram desenvolvidas por enfermeiras, por meio de nove encontros que ocorreram durante o período de outubro de 2011 a maio de 2012. A partir da realização e descrição das entrevistas, desenvolveu-se duas categorias centrais de estudos, denominadas de "Morrer a vida - as pequenas mortes vivenciadas por Beth" e "Beth vivendo seu morrer e morte". Conforme os resultados desta literatura, observou-se a importância dos profissionais da saúde se responsabilizar por um modelo de cuidado que não vise somente a cura, mas que tenha como foco o cuidado com a dimensão humana.

No artigo de Veras e Moreira (2012), buscou-se compreender como o sertanejo nordestino em tratamento oncológico lida com a morte. Enquanto instrumento de coleta de dados, utilizou-se a observação participante e a entrevista fenomenológica aplicada com sete pacientes referenciados de cidades do sertão nordestino e que realizavam tratamento em um Hospital do Câncer na cidade do Ceará. O estudo apresentou como particularidade os marcadores sociais que atravessam a história do homem no sertão nordestino, como aspectos associados à desigualdade social, pobreza, fome crônica e pouco acesso à saúde. Estes

elementos colocam os sujeitos à frente de ressignificações acerca da morte e do morrer desde seu processo de construção, como povo, até sua história pessoal, como indivíduo. Assim, três temáticas foram elaboradas, sendo elas: a morte em seus aspectos históricos e psicológicos, a realidade histórico-cultural do homem do sertão nordestino brasileiro e o indivíduo diagnosticado com câncer na sociedade. Em síntese, os resultados apontam que a população pesquisada compreende a morte com maior familiaridade, associando o sertanejo como um homem que se depara cotidianamente com o perder e com a finitude. Através dos depoimentos dos pacientes, houve um entrelaçamento das temáticas: morte, sertanejo e câncer.

Outrossim, o estudo de Trincaus e Corrêa (2007) foi desenvolvido através da aplicação de entrevistas com sete pacientes de uma clínica de oncologia com o objetivo de compreender como os pacientes oncológicos, em tratamento quimioterápico por ocorrência de metástase, vivenciam a possibilidade de morte. A partir da leitura na íntegra do artigo é possível evidenciar que, no momento da pesquisa, os pacientes selecionados para as entrevistas não estavam em estágio terminal de câncer. Diante disso, as temáticas sobre a morte emergiram de diferentes maneiras, sendo elas: implicitamente; como um fenômeno natural, vivido na impessoalidade, o que implica considerar a morte do outro. Ademais, também se destacou o morrer de forma explícita, como um fenômeno que permeia a existência, em que o sujeito aceita a sua condição de ser finito. Sendo assim, o critério de análise baseou-se nas ideias do referencial teórico da fenomenologia heideggeriana.

Para finalizar, o último estudo incluído no Quadro de Caracterização (Quadro 1), direcionou-se para a compreensão do significado do cuidar de mulheres com câncer, fora das possibilidades terapêuticas de cura. Das descrições emergiram unificações ontológicas que, posteriormente, foram analisadas e interpretadas, de acordo com o referencial teórico de Martin Heidegger. Sendo assim, Carvalho e Merighi (2005) apontam, através dos discursos das pacientes, que o sentido do ser com câncer no processo de morrer não é compreendido como algo finalizado, mas enquanto um sujeito de possibilidades, mesmo diante da compreensão factual da terminalidade existencial. Enquanto particularidade da pesquisa, as autoras realizaram uma reflexão sobre gênero, destacando que as mulheres assistidas sentiam, além do estresse da hospitalização e de todo desconforto ocasionado pela doença, uma sensação de culpa devido à ausência do lar e pela falta de atendimento às necessidades do cônjuge e/ou dos filhos. Entre os 10 artigos incluídos, apenas este estudo mencionou de forma crítica os atravessamentos desse marcador social, discorrendo sobre a

transição da figura feminina que sempre desempenhou o papel de cuidadora e, após o adoecimento, apresentou a necessidade de ser cuidada, sendo comumente adotados por elas a culpabilidade pela própria enfermidade.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir dos objetivos do estudo, para análise e interpretação dos resultados foram construídas três categorias sendo estas: 1) Percepções e sentimentos diante da morte a partir do diagnóstico e tratamento de câncer; 2) Percepções e sentimentos diante da própria morte; 3) Estratégias de enfrentamento do paciente oncológico frente o processo de terminalidade no qual se destacaram dois temas: A espiritualidade e a rede de apoio.

4.1 Percepções e sentimentos diante da morte a partir do diagnóstico e tratamento de câncer

A princípio, conforme a amostragem dos estudos, verificou-se que 70% dos artigos foram realizados com pacientes que estão com prognóstico fechado, sob cuidados paliativos, sendo definido pela equipe médica a impossibilidade de cura da doença e/ou a presença de metástases. Dessa forma, a pesquisa de Langaro e Schneider (2022) inicia-se com uma reflexão acerca do desejo dos indivíduos que se encontram em tratamento oncológico de conseguir adiar a morte e prolongar a existência. Os autores destacam que, para os amantes da vida, sempre será cedo demais para morrer, havendo algo a mais para realizar, sonhos a concretizar, relações a serem fortalecidas e desafios a serem superados. Entretanto, pacientes com câncer - aqueles para quem a vida havia reservado dores intensas - como relações interrompidas, alterações na rotina e sonhos desfeitos - misturavam essas dores com as da morte, a partir do momento em que se recebe o diagnóstico do adoecimento.

Segundo Prado *et al.* (2020), o primeiro momento de contato com o pensamento de morte ocorre quando o sujeito se percebe com câncer. Os tabus e estigmas enraizados no cotidiano atravessam os pacientes quando o diagnóstico é seguido por um tratamento marcado de inseguranças. Sendo assim, os indivíduos adoecidos por câncer, geralmente, associam a doença a uma sentença de morte, fator que potencializa reações emocionais de impotência, desesperança, medo e sofrimento (PRADO *et al.*, 2020). Com isso, entre os 10 artigos incluídos no Quadro de Caracterização dos Resultados (Quadro 2), todos mencionaram associações do câncer à morte a partir do diagnóstico, estabelecendo um total de 100% das pesquisas analisadas.

Em continuidade ao exposto, 6 artigos destacaram que os vocábulos mais frequentes relacionados à descoberta do câncer foram: medo, dor, sofrimento, tristeza, mal-estar, incapacidade, degeneração e morte. Esta interligação pode ser apresentada por meio dos relatos do estudo de Prado *et al.* (2020), Andrade e Fonte (2017), Veras e Moreira (2012) e Carvalho e Merighi (2005). Os participantes revelaram a sua percepção ao receber a definição do diagnóstico, expressas a partir dos seguintes discursos: “*Quando aconteceu (o diagnóstico) foi difícil, por ser algo que não tem cura, ficamos esperando o quê? Esperando a morte [...]*” (A1) e “*Quando se trata disso (câncer), a gente sabe que é dor, sofrimento e morte. É assim que a gente imagina, é assim que no primeiro momento a gente pensa*” (A2).

Ademais, a paciente incluída nas entrevistas da pesquisa de Dolina, Bellato e Araújo (2013), reafirmou, assim como nos estudos citados anteriormente, que seu primeiro pensamento após ser diagnosticada com câncer de mama também foi atrelado à finitude. Em frase, a paciente diz: “*A primeira coisa que cê imagina é 'pô, cê vai morrê'*” (A3). De maneira semelhante, este fator também é mencionado pelo participante do estudo de Langaro e Schneider (2022), o qual relata “*A doença eu já tenho, o curar é difícil*” (A4). Prontamente, tal percepção intervém no cotidiano dos sujeitos, os quais passam a vislumbrar a morte como uma possibilidade próxima e tendem a abreviar sua vida à doença.

Ainda em análise das percepções diante da morte a partir do diagnóstico oncológico, 60% das pesquisas mencionaram a dificuldade dos pacientes em nomear a palavra câncer. Nos estudos de Andrade e Fonte (2017) e de Trincaus e Corrêa (2007) são realizadas referências como “*esta doença*”, enquanto nos artigos de Carvalho e Merighi (2005) e Prado *et al.* (2019) os participantes utilizaram expressões como: “*doença desumana*” e “*uma coisa dessa*”. De maneira articulada, a paciente do estudo de Dolina, Bellato e Araújo (2013), referiu-se ao câncer como “*algo terrível*” e também apresentou repreensão em pronunciar a palavra, empregando-a poucas vezes e, quando a fazia, geralmente utilizava tom baixo de voz. De maneira implícita, esse não dizer emerge à consciência do sujeito associações do adoecimento com a gravidade e a possibilidade de morte. Entretanto, Veras e Moreira (2012) apontam que não nomear o adoecimento pode acarretar consequências negativas, como o aumento dos estigmas atrelados às neoplasias.

Outro tema constatado de maneira congruente em 6 pesquisas refere-se ao impacto revelado pelos pacientes ao sentir no corpo os estigmas conhecidos pelo câncer. Conforme Prado *et al.* (2020), Barsaglini e Soares (2017), Andrade e Fonte (2017), Dolina, Bellato e Araújo (2013), Veras e Moreira (2012) e Carvalho e Merighi (2005), o tratamento

oncológico é altamente agressivo, sendo permeado por etapas de mutilação, dores e medicações que ocasionam náuseas, vômitos e alterações na autoimagem. Tal elemento é constatado no transcrever do discurso *“Bem, o paciente chamam ele paciente, mas é impaciente, cheio de dor, cheio de mal-estar, cheio de tudo por enquanto”* (A5). Nesse sentido, sobressaíram nos excertos emoções relacionadas às mudanças na aparência, como evidenciado no relato *“O câncer, devora por dentro e por fora. Vejo minhas fotos antes e o depois, me vejo acabada, emagrecida, sem cor, pele e osso”* (A6). Ainda, a queda de cabelo constitui-se como a marca mais profunda do estigma do câncer, fator que tensiona a noção de identidade e de reconhecimento dos indivíduos. Percebe-se no trecho da entrevista essa percepção *“É um baque, é uma coisa que não tem explicação. Você de um dia para o outro descobre uma doença, de um dia para o outro começa a cair seu cabelo. Eu fiquei careca na primeira quimioterapia”* (A7).

Dessa forma, as reações adversas das práticas terapêuticas podem desenvolver sofrimento físico e emocional, tornando o tratamento uma fase tão difícil quanto a própria descoberta da doença. Evidencia-se esta associação no relato *“O que mais me mata mesmo não é o câncer, mas o tratamento”* (A8). Este fator tende a se intensificar, especialmente ao se descobrir metástases em outros órgãos e perceber a agressividade da doença ao longo do tratamento, conforme destacado pelos pacientes após a revelação da presença de metástase: *“O primeiro foi no pulmão, já deu certo medo, agora esse do cérebro, ah eu fiquei meio assim, mais pensativo, mais nervoso, com mais medo* (A8); *“O impacto desse foi pior, foi mais forte, porque eu estava tratando, consultando, tomando remédio, todos esses cuidados para que não voltasse depois, mas, de repente ele (médico) falou que eu estava com metástase. Então pensei, como, se eu acompanhava e fazia tudo? Foi esse meu pensamento* (A9). Dessa forma, constata-se sentimentos de angústia e frustração frente à sensação de fragilidade e insucesso do tratamento que se apresentava em estágio avançado, fator que tende a aproximar o ser-doente à possibilidade de finitude (PRADO *et al.*, 2020).

As respostas obtidas por Prado *et al.* (2020) podem ser correlacionadas relativamente com os discursos analisados por Veras e Moreira (2012). As autoras evidenciaram que, durante a realização das entrevistas, os pacientes relataram de maneira recorrente o medo do retorno da patologia. Entretanto, um paciente nordestino afirma ter a veracidade de que, em algum momento, a doença irá retornar e levá-lo à finitude da vida. Em palavras, o paciente explica: *“Ela vem matar o cara depois de uns anos”* (A10). Ainda, seu discurso é complementado pela visão de que: *“Eu acho assim: canço é uma doença que vai matando*

devagar, porque ela é cansativa, vai cansando o cara, vai matando no cansaço. Não chamo mais canço não, é cansaço” (A11). Em sua descrição, o câncer foi associado à palavra “canço”, que significa cansaço em seu linguajar (PRADO *et al.*, 2020; VERA, MOREIRA; 2012).

Ademais, 30% dos estudos apresentaram a visão de que os pacientes oncológicos tendem a intensificar as reflexões sobre a própria morte a partir de quaisquer alterações corporais e sintomas físicos percebidos em seu quadro clínico e tratamento. Apesar de contar com público-alvos diferentes, Andrade e Fonte (2017), Barsaglini e Soares (2018) e Dolina, Bellato e Araújo (2013) mencionaram em suas pesquisas que os indivíduos interpretam tais sinais como prenúncios de morte ou como um possível agravamento clínico, devido ter vivenciado intercorrências e complicações durante o tratamento. Assim, uma paciente destacou: *“Eu parecia morta, suava frio, unhas roxas... Achei que eu ia morrer” (A12).*

Em complementaridade à essa discussão, evidencia-se nos relatos dos pacientes: *“Sem mais sem menos, eu comecei a sangrar pelo nariz. Aquilo ali foi desesperador. Naquele dia eu falei. Ah, meu, eu vou morrer, já estou sangrando, eu vou morrer” (A13); “Chamaram até meus parentes, achando que eu ia morrer. Meus parentes vieram me ver. O sangue coagulou, ficou preso aqui, tudinho” (A14).* Conforme visualizado, as falas apresentadas ilustram de maneira vívida a intensidade das preocupações diante a sensação da presença ameaçadora da morte, evidenciadas tanto em pacientes diagnosticadas com câncer de mama, nas pesquisas de Andrade e Fonte (2017) e Dolina, Bellato e Araújo (2013), quanto em pacientes diagnosticados com LMA, constatados nos estudos de Barsaglini e Soares (2018).

Por fim, os pacientes oncológicos também são atravessados por reações emocionais mediante associações com o prognóstico e morte de outros pacientes. Segundo Andrade e Fonte (2017), ter consciência da doença, quer seja em si próprio ou nos outros, faz com que a ideia da sua própria morte torna-se mais próxima e tangível, envolvendo nos pacientes oncológicos sentimento de insegurança em relação ao curso da doença e incertezas sobre o futuro. Neste contexto, verificou-se em 40% dos estudos que a presença de pensamentos sobre a própria morte emerge a partir de vivências com o morrer de outros sujeitos diagnosticados com câncer.

Assim, Trincaus e Corrêa (2007) destacam que os pacientes tendem a aproximar-se da crença da própria morte por meio do contato com a finitude de outros indivíduos, uma vez que o findar do outro é algo objetivamente acessível. Com isso, a morte-do-outro pode

se mostrar marcante na vida dos que ficam, os quais passam a realizar comparações com o seu prognóstico e possibilidade de terminalidade. Na pesquisa de Carvalho e Merighi (2007), uma paciente revela: *“Acho que precisavam descobrir a cura dessa doença. Ontem mesmo, morreu do meu lado uma senhora que começou o tratamento junto comigo, com a mesma doença que tenho, na mama. Como você acha que estou me sentindo hoje, sabendo que amanhã serei eu que estarei vivendo o mesmo processo?”* (A14).

Este elemento também se encontra alinhado ao estudo de Barsaglini e Soares (2018), o qual se observa que a reflexão dos pacientes sobre a própria morte se tornou proeminente nos momentos em que ocorreu a perda de amigos durante o tratamento de LMA. Sendo assim, o participante expôs: *“Eu tinha um monte de amigos. Aí um morreu segunda, outro na terça lá dentro da Casa de Apoio onde eu tava. Aí na quarta morreu um amigo que tava internado no Hospital de Câncer. Na quarta-feira, quando eu chego, eu já fiquei chorando a noite toda, falando pra minha mãe que eu era o próximo. Aí veio a cozinheira, veio a psicóloga, a minha mãe, os voluntários, um monte de gente conversar comigo, falando que não era assim. Aí me explicaram tudinho lá, porque cada um morreu. Mas, mesmo assim, continuei chorando muito, porque eu achava que porque eles foram, era minha vez também”* (A15).

De acordo com Kovács (2002), o sentimento de impotência diante a morte do outro, configura-se como a vivência da morte em vida. É a partir dessa experiência - da morte que não é própria - que os pacientes vivenciam parte da sua finitude, principalmente devido aos vínculos estabelecidos durante o tratamento. Dessa forma, os pacientes constituem relações de proximidade ao se identificarem como integrantes do mesmo grupo, tendo a doença como um denominador comum em suas vidas. Essas conexões perduram mesmo quando se enfrenta o momento da finitude de outro indivíduo (BARSAGLINI; SOARES, 2018; KOVÁCS, 2002).

Dessa forma, apesar do avanço da medicina no que se refere ao tratamento de neoplasias, o diagnóstico oncológico ainda é frequentemente associado à uma sentença de morte. Isso faz com que a consciência da finitude surja desde o momento em que ocorre a comunicação médica acerca do adoecimento e permaneça durante todo o tratamento oncológico, até o encerramento das funções vitais dos indivíduos. Prontamente, evidencia-se a relevância desta categoria de análise ao retomar o pressuposto de que, para uma compreensão da perspectiva da morte, é fundamental analisar o processo de adoecimento e

todas as facetas que compõem o tratamento oncológico, as quais reverberam na subjetividade dos indivíduos e dão sentido e significado diante do morrer.

4.2 Percepções e sentimentos diante da própria morte

A princípio, é válido destacar que a temporalidade existencial vivenciada por pacientes oncológicos que receberam da equipe médica a impossibilidade de cura da sua doença se molda através do estabelecimento de uma lógica temporal interna e singular, pela qual atribui sentido e significado ao tempo experimentado no adoecimento. Assim, verificou-se em 30% dos estudos a frequência de reflexões dos pacientes em relação às suas escolhas, avaliando-as em relação ao tempo vivido e ao tempo que não teriam mais para retomá-las, refazê-las e concretizá-las (ANDRADE; FONTE, 2017; BARSAGLINI; SOARES, 2018; LANGARO; SCHENIDER, 2022).

A partir disso, o indivíduo passa a transitar entre passado, presente e futuro, como evidenciado no seguinte discurso: “*Às vezes nem você sabe no que está pensando, está pensando lá atrás, podia ter mudado isso, podia ter mudado aquilo, será que seria diferente*” (B1) (ANDRADE; FONTE, 2017; BARSAGLINI; SOARES, 2018; LANGARO; SCHENIDER, 2022). Neste sentido, as pesquisas de Langaro e Schneider (2022) e Sartor, Mercês e Torrealba (2022) mencionaram que os pacientes oncológicos podem apresentar algumas atitudes frente à morte, como arrependimento ou culpa, por ações do passado. Este elemento tende a ser intensificado principalmente para aqueles que experimentaram a sensação de ter vivido uma existência – ou parte dela – de maneira insatisfatória, deixando de concretizar aspectos essenciais de sua identidade. Dessa forma, quando questionada sobre suas vivências atravessadas pela perspectiva de terminalidade, a paciente revela: “*Existe um arrependimento (em relação) à vida conjugal, eu acho que poderia ter sido melhor. A gente estava montando uma empresa, me sinto culpada de não ter levado mais a sério*” (B2).

Ademais, entre os 10 artigos incluídos no Quadro de Caracterização dos Resultados (Quadro 2), 50% das pesquisas mencionaram a angústia do ser em relação à possibilidade de morte. Segundo Carvalho e Merighi (2005), o ser-para-a-morte é, essencialmente, angústia, uma vez que ocorre uma cisão entre o momento presente e a consciência sobre o futuro. Essa forma de sentir é testemunhada através do relato “*Ainda hoje com muito sacrifício levo meus filhos na escola, sei que vai ser por pouco tempo. Eu escutei um outro dia os profissionais dizerem, ela não tem mais jeito, ela vai morrer*” (B3). Este pensar corrobora com o que é afirmado por Prado *et al.* (2020). De acordo com o autor, vivenciar a

realidade do adoecimento por câncer faz com que o ser-doente considere o seu futuro sob ameaça. A partir de então, a percepção de “ter câncer” promove uma ruptura na existência do paciente, delineando a divisão entre como era vida antes do diagnóstico e como é o viver e o morrer com câncer (CARVALHO; MERIGHI, 2005; DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013; PRADO *et al.*, 2020; PRADO *et al.*, 2019; SARTOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022).

Prontamente, a doença e a morte - como facticidade - estabelecem limites e novas condições à trajetória de cada paciente. Entretanto, torna-se fundamental analisar a compreensão do ser como uma totalização em vida. Logo, apesar da iminência de morte ser uma possibilidade, esta não impede os sujeitos de permanecerem conectados ao que traz significado à vida, realizando novas escolhas e concretizando desejos. A extensão desses fatores pode ser identificada na fala de uma paciente direcionada à equipe, a qual expressa: *“Eu te pergunto: você acha que eu vou morrer? Continuo a ter esperança ou desisto de vez? Faço planos futuros? Como é que vão ficar meus filhos?”* (B4) (CARVALHO; MERIGHI, 2005; LANGARO; SCHNEIDER, 2022).

Diante disso, é possível correlacionar os relatos acima com a sensação experimentada pelos pacientes em relação à interrupção de planos e projetos de vida, decorrentes do pensamento de iminência de morte. Assim, verificou-se que 40% das pesquisas abordam essa temática, sendo identificado em ambos os estudos o desejo de prolongar a existência em virtude das interações familiares. Neste contexto, uma paciente expõe que seu anseio era participar da constituição e do desenvolvimento de sua filha, como havia planejado. Em seu discurso, relata: *“Gostaria de passar mais coisa para ela. Ter tempo pra acompanhá-la e ela me acompanhar, ela escutar as minhas histórias”* (B5). De maneira semelhante, uma participante também expôs: *“Senhor não quero mais a cura, quero apenas que o Senhor prolongue meus dias de vida, para que eu possa criar meus filhos”* (B6) (ANDRADE; FONTE, 2017; CARVALHO; MERIGHI, 2005; LANGARO; SCHNEIDER, 2022; PRADO *et al.*, 2019).

Ainda, ao analisar os vocábulos mais associados em relação à morte, verificou-se que o medo de morrer encontra-se presente nos discursos de pacientes em 8 pesquisas, caracterizando um total de 80% dos estudos incluídos. Durante as entrevistas, os pacientes relataram temer a morte, como evidenciado nas expressões: *“Tenho medo. Eu tenho medo da morte, eu acho que eu estou muito jovem ainda”* (B7). Ainda, outros participantes destacaram *“É muita dificuldade que estou passando, tenho muito medo do que está para*

vir, e o que vai me acontecer” (B8); “Gostaria muito que eles me curassem. Estou com medo” (B9). Como visualizado nas falas supracitadas, a morte emerge de maneira figurada, sendo identificada por meio de sentimentos que demonstram preocupação a partir da percepção dos pacientes em relação à gravidade de suas situações, estando inserida nessa gravidade a possibilidade implícita da morte (ANDRADE; FONTE, 2017; CARVALHO; MERIGHI, 2005; DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013; LANGARO; SCHNEIDER, 2022; PRADO *et al.*, 2019; SATOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022; TRINCAUS; CORRÊA, 2007; VERAS; MOREIRA, 2012).

A partir do medo da morte, 40% dos estudos descreveram a tendência dos pacientes em evitar reflexões sobre a terminalidade, experimentando dificuldades de expressar seus sentimentos ou pensamentos em relação à finitude. Segundo Sator, Mercês e Torrealba (2022), ao serem questionados sobre o significado da morte, os pacientes relataram *“Eu não penso sobre a morte. É difícil. Não quero e nem penso em morrer” (B10); “Não sei dizer. Nunca pensei. Não sei dizer direito. Sensação estranha” (B11).* De forma semelhante, a amostra de Andrade e Fonte (2017) aponta para os discursos de participantes que também afirmaram evitar pensamentos sobre a finitude, utilizando expressões como *“Eu não penso, porque não vale a pena pensar, a morte está aí” (B12)* (ANDRADE; FONTE, 2017; DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013; PRADO *et al.*, 2019; SATOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022).

De acordo com Dutra (2022), é difícil para o homem olhar de frente para a própria morte, porque ao fazê-lo, além de enfrentar a certeza da finitude, também passa a ter consciência de que ninguém poderá viver por ele, desvelando-se assim, o seu poder-de-ser. Diante disso, alguns pacientes desenvolvem barreiras de defesa para os impedir de se conectar com suas emoções em relação ao que estão percebendo. Neste cenário, evitar reflexões sobre o fim da vida surge como uma alternativa desenvolvida para se distanciar do que pode gerar dor e sofrimento. No entanto, a morte tende a ser distanciada e negada, o que dificulta o contato com os sentimentos que se manifestam durante o processo de terminalidade (DUTRA, 2022; SATOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022).

Outra temática evidenciada em 60% dos artigos refere-se às limitações físicas impostas pela doença. A debilidade do corpo, muitas vezes, faz com que os pacientes desenvolvam aumento da dependência dos cuidadores, desencadeando sentimentos de inutilidade e perda de autonomia. Durante as entrevistas, os participantes expressaram: *“A pessoa que fica em cima de uma cama, dependendo da família para tudo, é melhor a morte*

*do que o sofrimento. Assim não sente dor, não sente nada” (B13); “Mesmo se eu tivesse alta e ficasse em casa numa cama sofrendo, dizendo que não vai ter cura, eu preferiria morrer de uma vez” (B14). De maneira semelhante, uma participante questiona “Que vida é essa? É melhor morrer do que ficar vegetando, dependendo das pessoas. Eu que sempre fui uma mulher independente (B15) (ANDRADE; FONTE, 2017; CARVALHO; MERIGHI, 2005; DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013; LANGARO; SCHNEIDER, 2022; SARTOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022; PRADO *et al.*, 2019; TRINCAUS; CORRÊA, 2007; VERAS; MOREIRA, 2012).*

Nos depoimentos citados anteriormente, é possível analisar como a dependência oriunda do processo de adoecimento provoca sofrimento psíquico. Logo, apesar dos aspectos negativos relatados pelos pacientes, a morte também pode indicar alívio ou libertação, uma vez que apenas ela seria capaz de acabar com as dores e tudo que envolve o adoecimento. Nestas situações, vivenciar o agravamento de suas condições clínicas faz com que os indivíduos reflitam sobre sua condição existencial, uma vez que a alteração do estado biológico passa a se confrontar com a esperança do futuro que oscila entre o desejo de viver e morrer (ANDRADE; FONTE, 2017; CARVALHO; MERIGHI, 2005; DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013; PRADO *et al.*, 2019; SARTOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022; TRINCAUS; CORRÊA, 2007; VERAS; MOREIRA, 2012).

Em relação à essa discussão, foram identificados em 40% dos estudos pedidos de antecipação de morte, sendo que em 20% ocorreram ideações suicidas. Segundo Kovács (2008), esses pedidos podem ser indicativos de que há um sofrimento intolerável sendo experimentado, o qual ultrapassa o nível orgânico e atinge a existência. O suicídio, como possibilidade notoriamente humana, seria a escolha que elimina todas as outras, uma vez que a finitude faz com que o sujeito não possa mais escolher. Neste sentido, Sartor, Mercês e Torrealba (2022) e Carvalho e Merighi (2005), evidenciaram que o desejo de morte se torna mais frequente em pacientes que sentem dor, os quais revelam *“A dor é muito forte. Às vezes acho que não vou aguentar, não vou dar conta. Quando ela (dor) vem, peço a Deus me levar embora o quanto antes” (B16) (CARVALHO; MERIGHI, 2005; DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013; LANGARO; SCHNEIDER, 2022; SARTOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022).*

Diante do relato, é válido ressaltar que o significado da dor para o paciente oncológico jamais é alcançado em sua totalidade, visto que o indivíduo em seu sentir não se encerra na condição de estar doente ou em seu diagnóstico. Dessa forma, a dor pode ser

compreendida como um importante sinal de comunicação, assim como uma manifestação de que há condições clínicas no organismo alteradas. Ainda, outra dimensão para a dor refere-se à psicológica, interrelacionando aspectos biológicos com psíquicos (CARVALHO; MERIGHI, 2005).

Nas pesquisas de Langaro e Schneider (2022), Prado *et al.* (2019) e Dolina, Bellato e Araújo (2013) também foram identificados em comum entre os pacientes incertezas e preocupações de como a família irá reagir após a sua partida, se poderão lidar com a sua falta, se terão condições financeiras suficientes para continuar suprindo suas necessidades ou se darão continuidade aos projetos e sonhos elaborados. Neste íterim, os pacientes antecipam, de certo modo, o impacto que sua ausência poderá ocasionar em seus familiares. Durante as entrevistas, os participantes fazem referência à “[...]tenho preocupação de deixar meus filhos, eles não vão ficar bem sem mim, penso bastante nisso, pensei muito na minha família, porque eu sou tudo na casa” (B17); “A minha preocupação, quando eu for embora [morrer], é de como meus filhos irão ficar. Como mãe, a gente não gosta de ver os filhos sofrendo, e eu sei que eles vão sofrer” (B18).

Em contrapartida, em 80% dos estudos analisados, um subgrupo de sujeitos relatou a sua percepção de morte como um processo natural, inevitável e como uma etapa final do ciclo da vida, demonstrando aceitação diante do processo de terminalidade. Prontamente, a morte é compreendida de forma inerente à condição humana, como exposto pelo participante: “Um dia a gente vai morrer. É uma coisa normal para mim, ninguém vai ficar pra semente. Tu tens que aceitar a morte e pronto. Estou dizendo que eu estou pronta” (B19). Ainda, tal perspectiva também é evidenciada nos discursos “Morrer? Todos vão morrer. Eu não baixei a cabeça, não vou me entregar” (B20); “A morte é uma coisa que a gente tem que ficar esperando. É algo que a gente sabe que vai acontecer e que temos que nos acostumar” (B21). Diante dos discursos, a morte foi expressa pelos indivíduos de maneira explícita, trazendo à tona a certeza do morrer e aceitando a condição de ser-finito (ANDRADE; FONTE, 2017; LANGARO; SCHNEIDER, 2022; PRADO *et al.*, 2019; PRADO *et al.*, 2020; TRINCAUS; CORRÊA, 2007; VERAS; MOREIRA, 2012).

Os estudos de Sartor, Mercês e Torrealba (2022) e Barsagli e Soares (2018) também se referem à finitude como algo que transcende o sofrimento. Ambos os autores mencionam a percepção de morte como o encerramento das dores e de tudo aquilo que envolve o sofrimento advindo do câncer e da hospitalização. Tal elemento é evidenciado nos trechos “Quando a Bruninha morreu, [paciente que tinha 6 anos] foi tudo tão diferente. Não houve

gritaria, nem choros desesperadores pelo corredor do hospital, como sempre acontece. Não, eles foram discretos, viram que foi melhor assim, porque ela descansou, aqui ela estava sofrendo demais” (B22); “Eu penso assim. A morte vai ser o livramento disso aqui (...), que é o que dói, o que adocece. (...) Eu imagino que seja tirar esse peso todo finalmente ficar livre, ficar solto.” (B23). Neste cenário, a morte, por vezes, é compreendida pelos pacientes de maneira positiva, articulando-se a sentimento de alívio e libertação (BARSAGLI; SOARES, 2018; SARTOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022).

Dessa forma, o processo de terminalidade não se reduz apenas à noção de tempo ou à uma doença grave que se encontra em progressão. Entretanto, o fato de o indivíduo estar diante da possibilidade de morrer intensifica a percepção de futuro em que as oportunidades se encontram de forma antecipadamente limitadas. Por outra conjuntura, é através da construção do projeto de ser que os pacientes definem a sua relação com a morte, sendo está ainda considerada como um ato em vida. Neste sentido, a presença do câncer e do estágio avançado dessa condição clínica introduz novos parâmetros ao campo de possibilidades de cada indivíduo, revelando assim um momento atravessado de avaliações e ressignificações de valores (LANGARO; SCHENIDER, 2022; PRADO *et al.*, 2020).

4.3 Estratégias de enfrentamento do paciente oncológico frente o processo de terminalidade

4.3.1 A relação com a espiritualidade

Com base nas investigações realizadas, destaca-se que, ao adoecer, os sujeitos buscam estabelecer explicações diante as situações adversas vivenciadas, na tentativa de compreender e encontrar sentido no sofrimento. Logo, a espiritualidade surge como um fator que auxilia os pacientes a (re)organizarem suas experiências em torno de um projeto de ser já constituído, que, embora alterado, continua sendo viabilizador de sua identidade. A partir do exposto, 40% da literatura analisada indica que os pacientes oncológicos compartilham a percepção de morte utilizando as crenças religiosas para interpretar essa relação como um momento escolhido ou programado por Deus, conforme a trajetória de cada indivíduo (DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013; LANGARO; SCHNEIDER, 2022; SARTOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022; VERAS; MOREIRA, 2012).

Este elemento é evidenciado por meio dos discursos dos pacientes, os quais revelam: *“A Deus é atribuído a escolha do momento da morte, há uma compreensão de que existe*

"uma hora" e que cada um tem a sua já determinada. Seja o que Deus quiser, eu me conformo" (C1). De maneira semelhante, outro participante expõe "Eu acho que um dia todo mundo vai, porque isso já está escrito, sei que Deus que dita, então Ele é o dono da morte, da vida. Ele determina a hora que você vai" (C2). Conforme visualizado nos relatos, compreender a morte enquanto um destino pré-determinado por Deus fornece maior sensação de segurança e conforto ao indivíduo, uma vez que essas explicações dão um sentido à perda e possibilitam formas de ressignificação do morrer (DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013; LANGARO; SCHNEIDER, 2022; SARTOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022; VERAS; MOREIRA, 2012).

Ademais, outro tópico apresentado em 3 estudos refere-se à expectativa divina dos pacientes em relação à crença do futuro pós-morte. Neste contexto, o futuro é compreendido como uma experiência possível de ocorrer em outro lugar, aparecendo, portanto, como viabilizador do ser, ainda que em um sentido espiritual. Assim, os participantes utilizam nas entrevistas vocábulos como "passagem", "recomeço" e "mudança de uma vida para outra" ao relatarem sobre a própria finitude. Dessa forma, os respectivos elementos podem ser evidenciados nos relatos: "Eu não tenho medo da morte. Eu sou Testemunha de Jeová, eu acredito na bíblia, e na vida eterna" (C3); "A morte para mim é como um sono profundo, só que de uma passagem para outra. Eu sou católico, eu acredito que existe o outro lado da vida" (C4); "Eu acho que é só uma passagem, porque na minha religião, na minha cabeça, a gente tem uma vida eterna e aprende que é uma passagem" (C5).

A partir das pesquisas mencionadas no parágrafo anterior, é possível identificar em ambos os estudos que, independentemente da matriz religiosa, os pacientes tinham a visão de um Deus benevolente que, apesar dos sofrimentos, reservava para eles um futuro melhor. Este pensamento corrobora para o desenvolvimento de sensações de conforto diante do futuro desconhecido, proporcionando maior aceitação do paciente oncológico frente à terminalidade da vida. Portanto, a morte surge como uma possibilidade de vivenciar a existência sem sofrimento e distante do adoecimento, conforme fomentado por pensamentos religiosos e reflexões de pós-morte (LANGARO; SCHNEIDER, 2022; SARTOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022; VERAS; MOREIRA, 2012).

Além disso, de acordo com os dados coletados no decorrer da leitura dos artigos, o medo de morrer foi mencionado em 80% dos estudos na categoria de análise das percepções e sentimentos em relação à própria morte. Entretanto, segundo Andrade e Fonte (2017) e Veras e Moreira (2012), os pacientes oncológicos destacam a espiritualidade como forma de

lidar com o temor da morte e enfrentá-lo. No depoimento da pesquisa, um participante expressa: *“Que conversa de morrer, eu não tenho medo de morrer. De qualquer jeito eu num vou? Tenho medo não minha filha, tenho de jeito nenhum; Eu num vou? Deus num vai me levar? Com medo ou sem medo? É melhor ir sem medo”* (C6). Ainda, a fé emerge como possibilidade de mediação do sujeito com a própria finitude, evidenciada por meio dos discursos *“Vêm um misto de aprendizado e uma ligação com Algo Superior”* (C7); *“Conformei-me. Agradei a Deus e pedi-lhe força”* (C8).

Com base na análise das discussões sobre a morte, a maioria dos participantes mencionaram Deus em suas falas, ressaltando que Ele seria o responsável por suas vidas e por tudo aquilo que está por vir. Dessa maneira, por meio do estabelecimento dessa crença, os pacientes despertam confiança no futuro e no desígnio divino, o que lhes permite enfrentar as dores, perdas e mudanças geradas pelo adoecimento, assim como as interrupções de planos em seus projetos de vida. Enquanto particularidade, o relato de Langaro e Schneider (2022) contém um sutil contraponto, sendo evidenciado que apenas dois participantes relataram nunca ter pensado acerca da relação entre a finitude e a fé, ressaltando que preferiram ter *“deixado essa parte de lado”* (C9) (LANGARO; SCHNEIDER, 2022; SARTOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022; VERAS; MOREIRA, 2012).

Apesar da espiritualidade ser evidenciada na maioria dos estudos como uma forma positiva de enfrentamento diante da finitude, 30% das pesquisas também revelam percepções do paciente em torno do adoecimento como punição, os quais passam a vislumbrar a morte como um momento de penitência e julgamentos de atos realizados na Terra. Assim, um entrevistado expôs associações entre o adoecer e o morrer, sendo este interligado à uma maneira de *“expurgar seus pecados”*. Ainda, outro paciente expressa suas inseguranças em relação aos atos realizados em vida e revela: *“Eu espero em Deus, porque eu já fiz muita coisa errada, não estou fazendo mais, e espero que seja uma passagem boa”* (C10) (LANGARO; SCHNEIDER, 2022; SARTOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022; VERAS; MOREIRA, 2012).

Para finalizar, 40% das pesquisas apontaram as atitudes dos pacientes oncológicos ao reconhecerem a possibilidade da própria morte, sendo observado que os entrevistados mantinham esperança de que algo pudesse mudar em sua condição clínica, atravessados pela imersão da religiosidade como fonte de esperança pela cura. Este elemento pode ser evidenciado nas expressões *“Tenho fé! Foi o médico que falou que ele não tem cura, porém, não foi Deus que falou, e para Deus nada é impossível.”* (C11); *“Porque o Senhor é todo*

poderoso, Ele já fez tantos milagres, tantas curas que o Senhor já fez” (C12). Neste cenário, torna-se comum que os indivíduos minimizem o sofrimento diante do seu prognóstico, manifestando um estado de transitoriedade da realidade vivenciada (LANGARO; SCHNEIDER, 2022; SARTOR; MERCÊS; TORREALBA, 2022; PRADO *et al.*, 2020; DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013).

Torna-se evidente, portanto, que a presente categoria aborda as dimensões espirituais como alternativas de compreensão e enfrentamento da morte. Tal aspecto revela a importância desta categoria de análise, uma vez que este tema é evidenciado de forma explícita na maioria dos estudos incluídos na pesquisa. Neste sentido, entre os 10 artigos apresentados no Quadro de Caracterização dos Resultados (Quadro 2), 7 mencionaram a espiritualidade como estratégia de enfrentamento de pacientes oncológicos, estabelecendo um total de 70% das pesquisas analisadas.

4.3.2 A rede de apoio

A família pode ser compreendida como uma instituição essencial para a formação dos indivíduos, uma vez que dentro desse núcleo ocorrem dinâmicas e processos de interação de desejos, posicionamentos psíquicos, identificações ou ambiguidades, assim como posições hierárquicas e historicidades (BARROS *et al.*, 2009). Neste viés, entre os 10 artigos apresentados no Quadro de Caracterização dos Resultados (Quadro 2), 6 mencionaram a rede de apoio como estratégia de enfrentamento de pacientes oncológicos frente ao processo de terminalidade, estabelecendo um total de 60% das pesquisas desenvolvidas.

Sendo assim, como ser-no-mundo, os indivíduos constituem sua existência através do estabelecimento de relações com as pessoas que estão inseridas em seu contexto social. A partir disso, 3 pesquisas destacaram que, na presença da família, os pacientes encontraram forças para encarar o agravamento das condições clínicas e a possibilidade de iminência de morte. Este elemento pode ser evidenciado nos seguintes relatos: *“Eles estão sempre ali do meu lado” (D1); “A família sempre me deu apoio, minha irmã está sempre do meu lado” (D2).* Prontamente, vale ressaltar nos discursos, que os vínculos familiares desempenham um papel fundamental durante o processo de terminalidade, tornando mais suportável para o paciente a elaboração da perspectiva de morte (BARSAGLINI; SOARES, 2018; LANGARO; SCHNEIDER, 2022; TRINCAUS; CORRÊA, 2007).

Em complemento ao exposto, de acordo com a percepção de um membro familiar, a paciente encontra forças para lidar com o momento através dos atravessamentos da dinâmica

familiar, a qual expressa *“Ela acredita que, com e por eles, vale a pena lutar” (D3)*. Ainda, ao analisar os fatores que contribuíram para o enfrentamento dos pacientes em relação ao agravamento da doença, a participante compartilha a aproximação de sua rede de apoio durante a fase do tratamento, sendo constatada pela seguinte observação *“A gente ficou muito mais próximo depois disso; já éramos, mas agora ficamos mais” (D4)* (BARSAGLINI; SOARES, 2018; LANGARO; SCHNEIDER, 2022; TRINCAUS; CORRÊA, 2007).

Por outro lado, nos estudos de Langaro e Schneider (2022), Prado *et al.*, (2019) e Carvalho e Merighi (2005), avaliou-se também sentimentos de solidão devido à vínculos de apoio fragilizados. No caso de rompimento de relações familiares uma paciente relata: *“Na minha doença, minha mãe não é participativa, ela não é aquela mãe que não abandona o filho, então ela não apareceu por aqui, não me ligou hoje, é assim, ela é uma mãe muito fria” (D5)*. De maneira complementar, uma paciente também destaca o afastamento da família após o seu adoecimento. Em seu discurso, expõe: *“Eu sinto falta na verdade é da minha filha, de uns tempos para cá, depois que eu fiquei assim ela sumiu. Os outros acham estranho isso, ela não se preocupa mais, não liga, não me visita” (D6)* (CARVALHO; MERIGHI, 2005; LANGARO; SCHNEIDER, 2022; PRADO *et al.*, 2019).

Além disso, na pesquisa de Prado *et al.* (2019) e Carvalho e Merighi (2005) os pacientes revelam passar muito tempo da internação sozinho, devido a ausência da sua rede de apoio, permanecendo na companhia somente de membros da equipe de saúde. Durante as entrevistas, os participantes expressam: *“Você não imagina como é bom quando alguém fica perto de mim, me escutando. Eu fico sozinha o tempo inteiro, não tenho ninguém para me ouvir (choro)” (D7)*; *“O que me resta agora é alguém que possa me escutar e também que tenha paciência comigo. É alguém que queira me ajudar a enfrentar tudo isso, que me dê forças para atravessar esses momentos tão difíceis” (D8)*. Sendo assim, conforme visualizado em 30% das pesquisas citadas anteriormente, ressalta-se que a ausência de suporte gera sofrimento no indivíduo para além do adoecimento físico, que poderia ser minimizado caso fosse compartilhado com uma rede de apoio satisfatória.

Outra temática emergente em 2 pesquisas refere-se à necessidade da participação dos familiares de referência para tomada de decisões importantes em relação às condutas terapêuticas do tratamento e prognóstico do paciente. Neste cenário, quando ocorre o agravamento das manifestações clínicas da doença e a possibilidade de iminência de morte, os estudos de Langaro e Schneider (2022) e de Dolina, Bellato e Araújo (2013) destacam

que a equipe médica solicita a presença dos familiares a fim de avaliar junto à eles a situação dos pacientes que encontram-se fora das possibilidades terapêuticas de cura (DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013; LANGARO; SCHNEIDER, 2022).

Neste sentido, ao refletir sobre a perspectiva dos cuidadores, percebe-se que muitos familiares se veem acometidos pela frustração e por sentimento de impotência diante da irreversibilidade do quadro clínico do paciente. Dessa forma, alguns familiares, movidos pelo amor e pela dificuldade em aceitar a partida do ente querido, acabam desenvolvendo comportamentos de resistência em relação à possibilidade de morte do paciente. Entretanto, aceitar a realidade também significa dar ao indivíduo a possibilidade de se adequar e planejar como gostaria que a vida da sua rede de apoio continuasse após sua finitude, como constatado nos estudos de Prado *et al.* (2019) e Trincaus e Corrêa (2007). Dessa forma, torna-se fundamental proporcionar um espaço para que os cuidadores também compartilhem seus receios e, sobretudo, suas perspectivas em relação à morte e o processo de morrer. Esse momento possibilita o acolhimento dos sentimentos e a reconstrução do significado da vida diante da morte (PRADO *et al.*, 2019; TRINCAUS; CORRÊA, 2007).

Por fim, 20% dos estudos apresentaram os rituais funerários como expressões tradicionais que influenciam o processo de elaboração da morte e auxiliam os familiares no processo de elaboração do luto (DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013; VERAS; MOREIRA, 2012). No artigo de Dolina, Bellato e Araújo (2013), após a morte da mãe, as filhas informaram as enfermeiras que acompanharam as vivências da paciente durante todo o processo de adoecimento e finitude, desejando que as profissionais de saúde participassem do ritual de despedida. Tal fator indica o vínculo construído entre a paciente, os familiares e as entrevistadoras. Por fim, conforme apresentado pelo artigo, durante o velório as filhas demonstraram calma e tranquilidade diante da partida da mãe, sendo possível perceber uma adequada aceitação da morte.

Diante disso, a presente categoria de análise se concentra na investigação das interações e dinâmicas que envolvem família, rede de apoio e a experiência do paciente em relação à morte. Neste contexto, é possível verificar que a rede de apoio exerce uma influência significativa na relação do sujeito com o câncer, sendo comumente associado ao fato de que os pacientes são acompanhados pelos familiares durante a hospitalização, que vivenciam junto a eles todo o processo de adoecimento e tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento do estudo, foi possível observar que as principais percepções e sentimentos acerca da morte a partir do diagnóstico e tratamento de câncer foram relacionadas principalmente a presença de associações do câncer à finitude. Além disso, identificou-se nas pesquisas que pacientes oncológicos enfrentam um conjunto de reações emocionais, marcados pela preocupação diante da possibilidade de metástase ou pela convivência com a sensação de iminência de morte, seja a deles próprios ou por meio do estabelecimento de comparações com a perda de outros pacientes durante o tratamento.

No que se refere à segunda categoria de análise, evidenciou-se percepções e sentimentos diante da própria morte como o medo, a angústia, sensações de arrependimento ou culpa, pedidos de antecipação de morte e ideias suicidas, assim como incertezas e preocupações de como os familiares irão se desdobrar após a finitude. Ainda, os estudos mencionaram temáticas relacionadas a temporalidade existencial, perspectivas sobre a interrupção de planos do projeto de vida dos indivíduos, que podem desencadear a perda de autonomia e sentimentos de inutilidade durante o processo de morrer. Conforme a literatura, pacientes também revelaram aceitação da morte, enquanto um processo natural da vida.

Quanto às estratégias de enfrentamento do paciente com câncer frente ao processo de terminalidade, observou-se duas temáticas principais: A relação com a espiritualidade e a rede de apoio. No que se refere a espiritualidade, é válido ressaltar que este elemento desempenha um papel significativo no entendimento da finitude como um evento transcendental e na formação de visões sobre o destino após a vida terrena. Neste contexto, as crenças religiosas proporcionam esperança aos indivíduos diante do futuro incerto, sendo fonte de mediação acerca do morrer. Além disso, em relação à rede de apoio, destaca-se a importância da presença e do suporte da rede familiar durante o processo de terminalidade do indivíduo. Ainda, observou-se a presença de discussões sobre comunicação, assistência, cuidado e tomada de decisões dos familiares, assim como o impacto da ausência de suporte durante a experiência de morte.

Prontamente, apesar dos avanços científicos e tecnológicos na oncologia, o câncer ainda subsiste com taxas elevadas de mortalidade, estando associado à primeira ou à segunda causa de morte por doença no mundo. Diante disso, ressalta-se que há diversas compreensões acerca da relação estabelecida entre o ser humano com a morte e o processo de morrer. Entretanto, existe um consenso de que a morte, apesar de estar atrelada à condição humana, proporciona para os pacientes oncológicos a imersão de diversos sentimentos, por defrontar-

se cotidianamente com os estigmas do câncer, assim como por vivências de temor, angústia e sofrimento.

No século XXI, era marcada pela modernidade e racionalidade, as representações culturais tendem a evitar discussões abertas sobre a morte, o que resulta em dificuldades de elaborações no enfrentamento desse evento inerente à existência. Dessa forma, torna-se fundamental desenvolver novas pesquisas, com a finalidade de promover debates acerca da morte, reconhecendo-a como uma inevitabilidade e buscando transcender o tabu existente em torno dela. Por fim, este estudo busca contribuir para uma reavaliação dos valores das pessoas em relação à concepção de morte e do processo de morrer, a partir da perspectiva de pacientes oncológicos.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Vivian Azevedo do et al. **Atendimento psicológico em enfermarias**. In W. L. Bruscatto (Org.), *A Psicologia na saúde da atenção primária à alta complexidade: O modelo de atuação da Santa Casa de São Paulo* (pp. 135-148). Casa do Psicólogo, 2012.

ANDRADE, Fatima; FONTE, Carla. Significados da doença, morte e perdão em mulheres com Câncer da mama. **Investig. Enferm. Imagen Desarr**, v. 19, n. 1, 2017.

ANTONIAZZI, Adriane Scomazzon; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; BANDEIRA, Denise Ruschel. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v.3, n.2, Natal, 1998, p. 273-294.

ARAÚJO, Paula Vanêssa Rodrigues de; VIEIRA, Maria Jéssia. A questão da morte e do morrer. **Rev. Bras. Enferm.** v. 57, n. 3, jun, 2004.

ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente: da Idade Média Até Os Nossos Dias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, Paula Cristina Monteiro; LIMA, Albenise de Oliveira; FREJ, Nanette Zmeri; MELO Maria de Fátima Vilar de. Era uma casa ...!? discurso, dinâmica familiar e contingências da rua. **Psicol Estud**; v. 12, n.3, 2009.

BARSAGLINI, Reni Aparecida; SOARES, Beluci Bianca Nunes de Siqueira. Impactos de adoecimento de longa duração: experiência de adultos jovens com Leucemia Mieloide Aguda. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 399-408, 2018.

BRAGA, Cláudio França; BRAGA, Sara Aparecida Herthel França; SOUZA, Virgínio Cândido Tosta de. Vade mecum sobre o morrer e a morte. **Revista Bioética**, v. 29, n. 4, Brasília, out-dez, 2021.

BORGES, Moema da Silva; MENDES, Nayara. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, n. 6, v. 2, abr, 2012.

BRUSCATO, W. L. **A psicologia no hospital de misericórdia**. Um modelo de atuação. In: BRUSCATO, W. L., BENEDETTI, C., LOPES, S. R. A. (org.). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo*. Novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

CAPONERO, Ricardo. **Biologia do câncer**. In: CARVALHO, V. A. et al. (org.). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008. p 33-39.

CARVALHO, Maras Villas Boas de; MERIGHI, Mariam Aparecida Barbosa. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, 2005.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. Natal: **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 209-216, 2006.

DOLINA, Janderléia Valéria; BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de. O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 18, n.9, 2013.

DUTRA, Elza. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. Natal: **Estudos de Psicologia**, v. 7, n.2, p. 371-378, 2002.

DUTRA, Elza. Pensando o suicídio sob a ótica fenomenológica hermenêutica: algumas considerações. **Rev. Abordagem Gestal.**, p. 154, 2011.

FIGUEIREDO, Maria das Graças Mota Cruz de Assis; STANO, Rita de Cássia M. T. O Estudo da Morte e dos Cuidados Paliativos: uma Experiência Didática no Currículo de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, jun, 2013, pag. 298-306.

FILHO, Braz Dario Werneck. O encontro entre paciente e terapeuta: aglutinação e modificação mútua. **Psychiatry on line Brasil**. v. 19, n. 10, out, 2014.

FLORIANI, Ciro Augusto. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. **Rev. Bioética**, v. 21, n. 3, dez, 2013.

INCA-Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Estatísticas de câncer**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer> > Acesso em: 11 mai. 2023.

INCA-Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Estimativa, 2023: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INCA-Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 128 p.

INCA-Instituto Nacional de Câncer. **O que é câncer**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer> > Acesso em: 12 mai. 2023.

INCA-Instituto Nacional de Câncer. **O que causa o câncer**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer> > Acesso em: 12 mai. 2023.

INCA-Instituto Nacional de Câncer. **Como surge o câncer**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/como-surge-o-cancer>> Acesso em: 12 mai. 2023.

INCA-Instituto Nacional de Câncer. **Tratamento do câncer**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento>> Acesso em: 12 mai. 2023.

KLIGERMAN, Jacob. **A assistência oncológica no SUS**. Editorial. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 44, n. 4, p. 313-315, 1998.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação para a morte: um Desafio na Formação de Profissionais de Saúde e Educação**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.

KOVÁCS, Maria Júlia. (2005). Educação para a morte. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 25(3), 484-497.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Aproximação da morte**. In: Carvalho AV, organizadores. Temas em Psico-oncologia. São Paulo: Summus, 2008, p. 388-397.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar os médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.

LANGARO, Fabíola; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Aspectos existenciais e bioéticos nos cuidados paliativos oncológicos. **Revista Bioética**, v.30, n.4, Brasília, out-dez, 2022

LO BIANCO, Anna Carolina et al. Corpo e Finitude: Relato de Uma Experiência em Hospital de Câncer. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. 1-11, 2020.

MAGALHÃES, José Hugo Gonçalves; NASCIMENTO, Alexsandro Medeiros do. Morte, cultura, heavy metal e experiência interna: sensação e afetividade. Maringá: **Psicologia em Estudo**, v. 22, n.2, p.175-186, abr-jun. 2017.

MARRAS, Cibele Martins de Oliveira. **Vivências do luto no ambiente de trabalho por profissionais da região metropolitana de São Paulo**. São Paulo: 127 p., 2016.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**. v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018.

MORITZ, Rachel Duarte (2002). **O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte**. Florianópolis: Programa de pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

MOURA, Luna Vitória Cajé et al. Ensino da tanatologia nos cursos de graduação em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 32, 2018.

PEÇANHA, Dóris Lieth. Nunes. Psico-oncologia: aspectos psicossociais da doença. In: CARVALHO, V. A. et al. (org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p 193-239.

PEÇANHA, Dóris Lieth. Nunes. Câncer: Recursos de enfrentamento da trajetória da doença. In: CARVALHO, V. A. et al. (Org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p. 209-217.

PEREIRA, José Carlos. Procedimentos para lidar com o tabu da morte. São Paulo: **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 9, p. 2699-2709, 2013.

PRADO, Eleandro do et al. Vivência de pessoas com câncer em estágio avançado ante a impossibilidade de cura: análise fenomenológica. **Esc Anna Nery**, v. 24, n. 2, 2020.

PRADO, Eleandro do et al. Pacientes oncológicos com doença avançada: preocupações e expectativas vivenciadas na terminalidade da vida. **Rev enferm UERJ**, v. 27, Rio de Janeiro, 2019.

PRADO, Eleandro do et al. Vivenciando o processo morte-morrer: uma análise fenomenológica do paciente com câncer em estágio terminal. **Rev. Eletr. Enferm. Set**, 2019.

SANTINI, Luiz Antonio. Histórico, avanços e perspectivas no tratamento oncológico no Brasil. **Revista Facto, Rio de Janeiro**, n. 57, p. 32-36, Jul-Set, 2018.

SANTOS, Marcell de Oliveira et al. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, 2023.

SARTOR, Silvia Francine; MERCÊS, Nen Nalú Alves das; TORREALBA, Mercedes Nohely Rodríguez. Significados da morte para adultos com câncer assistidos em um hospital oncológico do Brasil. **Revista Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 42, 2022.

SILVA, Lucia Cecilia da. **O sentido do cuidado na vivência da pessoa com câncer: uma compreensão fenomenológica**. Ribeirão Preto: [s.n.], 2006.

SILVA, Lucia Cecilia da. Vozes que contam a experiência de viver com câncer. **Psicologia Hospitalar**. São Paulo, v.3 n.1, 2005.

SILVA, Maria das Dores Ferreira; ALVES, José Ferreira. O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 3, p. 588–595, 2012.

SILVA, Valéria Costa Evangelista. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção dos pacientes. **Escola de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2005.

SILVA, Shirley de Souza; AQUINO, Thiago Antonio Avellar; SANTOS, Roberta. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 2008.

SOUZA, Mariana Cristina dos Santos et al. Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduando da área de saúde. **Texto & contexto enferm**, v. 26, n. 4, 2017.

STROEBE, Margaret; SCHUT, Henk. O Modelo de Duplo Processo de Lidar com o Luto: Racionalização e Descrição. **Estudos Sobre a Morte**: v. 23, n. 3, p. 197-224, 1999.

TRINCAUS, Maria Regiane; CORRÊA, Adriana Katia. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. **Revista Esc Enferm USP**, v. 41, n.2, 2007.

VEIT, M. T.; CARVALHO, V. A. Psico-Oncologia: conceituação, definições, abrangência do campo. In: CARVALHO, V. A. et al. (org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p 13-18.

VERAS, Lana; Moreira, Virgínia. A morte na visão do sertanejo nordestino em tratamento oncológico. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 2, 2012.

STRAUSS A, CORBIN J. **Pesquisa qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada** (2ª ed.) Porto Alegre: Artmed; 2008.