

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional
Curso de Psicologia



Trabalho de Conclusão de Curso

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE UMA PACIENTE ONCOLÓGICA EM
CUIDADOS PALIATIVOS: ESTUDO DE CASO

Lívia Magalhães Vidinha

Pelotas, 2019

Lívia Magalhães Vidinha

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE UMA PACIENTE ONCOLÓGICA EM
CUIDADOS PALIATIVOS: ESTUDO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia
Ocupacional da Universidade Federal de
Pelotas, como requisito parcial à obtenção do
título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Airi Macias Sacco

Pelotas, 2019

Lívia Magalhães Vidinha

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE UMA PACIENTE ONCOLÓGICA EM
CUIDADOS PALIATIVOS: ESTUDO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial, para
obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, Faculdade de Medicina, Psicologia
e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa:

Banca Examinadora:

.....
Prof^a. Dra. Airi Macias Sacco (orientadora)

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

.....
Dr^a. Doralúcia Gil da Silva

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

.....
Prof^a. Dr^a Rochele Dias Castelli

Doutora em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas

Agradecimentos

Primeiramente agradeço à Deus por ter me fortalecido nestes cinco anos de graduação, que foram intensos e cheios de desafios. Aos meus pais por não me deixarem desistir diante das dificuldades e por serem os principais incentivadores da minha escolha por ser Psicóloga. Agradeço também aos demais familiares, amigos, colegas de trabalho, que torceram pela minha formação e compreenderam minhas ausências.

Agradeço, especialmente, ao Curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas, em que obtive uma formação excelente. À minha orientadora Airi Macias Sacco, por ter me ensinado tanto e por ter acreditado em mim e no meu potencial, mesmo quando eu não acreditava. À Psicóloga Doralúcia Gil da Silva por ter me apresentado a Psicologia Hospitalar e por todos os seus ensinamentos nos corredores do Hospital. Aos demais Psicólogos do Hospital Escola, que sempre foram acolhedores e interessados no trabalho que os alunos desenvolvem nos estágios e nas pesquisas. À Psicóloga Rochele Castelli, que sempre me encantou com suas aulas e com o acolhimento manifestado através de um sorriso ou de um abraço nos corredores da Faculdade de Medicina. À minha colega Sylvia Barum, que viveu o processo do TCC comigo e que esteve presente na minha trajetória dentro da Pediatria e da Oncologia. E, por fim, a todos os professores e colegas da turma de 2014/2 que percorreram esse caminho comigo e que foram a minha rede de apoio.

Não poderia deixar de mencionar o quanto sou grata ao Hospital Escola por ter me proporcionado tantas experiências especiais e também aos pacientes que enriqueceram o meu processo com suas histórias de vida. Agradeço, em especial, à participante desta pesquisa por ter confiado em mim e compartilhado a sua história comigo.

Resumo

O objetivo deste trabalho é descrever as estratégias de enfrentamento utilizadas por uma paciente oncológica em cuidados paliativos, internada em um hospital universitário do Rio Grande do Sul, com o intuito de compreender os processos envolvidos diante do adoecimento, da hospitalização e da terminalidade de vida. Trata-se de um Estudo de Caso Único, descritivo e de caráter qualitativo. A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de uma Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP), de uma Entrevista Semiestruturada e de anotações em caderno de campo. Os resultados obtidos apontam para três categorias de análise: enfrentamento, aspectos da paciente e aspectos da equipe. Em relação ao enfrentamento, identificou-se a utilização de práticas espirituais como principal estratégia utilizada. Nos aspectos relacionados à paciente, constatou-se que entender o processo de morte e morrer e ter espaço para falar sobre o adoecimento e a terminalidade influenciou na utilização de recursos de *coping*. Também foi observado o quanto o relacionamento da paciente com a equipe multiprofissional foi empobrecida, trazendo dificuldades no processo de enfrentamento e hospitalização. O trabalho propõe reflexões acerca da importância de se desenvolver estratégias de enfrentamento com os pacientes em cuidados paliativos, trazendo a ótica da Psicologia Positiva como possibilidade de intervenção.

Palavras-Chave: Estratégias de Enfrentamento; Cuidados Paliativos; Câncer; Psicologia Positiva.

Abstract

This paper aimed to describe the coping strategies used by a palliative care cancer patient hospitalized in a university hospital of Rio Grande do Sul, in order to understand the processes involved in the face of illness, hospitalization and end of life. This is a descriptive, qualitative and unique case study. Data collection was carried out through the application of a Brazilian version of a scale for measure strategies of coping (EMEP), a Semistructured Interview and of notes from a Field Notebook. The results obtained point to three categories of analysis: coping, aspects of the patient and aspects of the hospital's team. Regarding coping, spiritual practices were identified as the main strategy used. In aspects related to the patient, it was verified that understanding the process of death and dying and having space to talk about the illness and terminality influences the use of coping strategies. It was also observed how the patient's relationship with the multiprofessional team was impoverished, causing difficulties in coping and the hospitalization process. The work also proposes reflections about the importance of developing coping strategies with patients in palliative care, bringing the perspective of Positive Psychology as a possibility of intervention.

Keywords: Coping Strategies; Palliative care; Cancer; Positive Psychology.

Sumário

Introdução	4
Método	7
Participante	8
Instrumentos	8
Procedimentos	9
Considerações Éticas	9
Análise de Dados	10
Resultados e Discussão	10
Considerações Finais	22
Referências	24

Introdução

A notícia de uma doença pode exercer um impacto considerável na vida de um indivíduo, principalmente quando a enfermidade é grave e a possibilidade de cura é incerta. A doença grave, em geral, traz uma desorganização na rotina da pessoa, o que provoca uma crise de perda de autonomia e desencadeia diversos questionamentos relacionados a valores, tais como a busca pelo sentido da vida e do adoecimento (Ponte & Ribeiro, 2014). O câncer, especificamente, é uma doença comumente associada a sofrimento e morte. Com etiologia múltipla, pode ser decorrente de fatores ambientais, culturais e socioeconômicos, bem como de hábitos de vida e/ou costumes (Oliveira, Malta, Guauche, Moura, & Silva, 2015). De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), a estimativa é de que, no biênio 2018-2019, ocorram 600 mil casos novos de câncer no Brasil, país em que os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina, cólon e reto têm maior incidência (INCA, 2017).

O enfrentamento de um diagnóstico oncológico requer capacidade de adaptação do paciente, principalmente quando é submetido a longos períodos de internação hospitalar ou quando recebe a notícia de uma “não cura”. Neste momento, um modelo de atenção e de cuidado a esse paciente é fundamental, o que caracteriza a inserção dos cuidados paliativos no contexto de saúde. Os cuidados paliativos são uma abordagem de cuidado e promoção da qualidade de vida dos pacientes, através do controle do sofrimento físico, emocional, espiritual e social (Silva & Hortale, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), são indicados para cuidados paliativos todos os pacientes que portam doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida. Os cuidados paliativos buscam melhorar a qualidade de vida do paciente e do familiar/cuidador através de medidas de prevenção sintomática, alívio

do sofrimento, valorização da cultura, espiritualidade, costumes e valores, além de acolher e respeitar os desejos e crenças que permeiam a morte. Na perspectiva paliativa, o cuidado distingue-se da ideia de um tratamento curativo, pois reafirma a vida e visualiza a morte como um fato importante a ser vivenciado (Matos, Meneguim, Ferreira, & Miot, 2017), mesmo que por vezes falar sobre esse tema ainda seja difícil em nossa sociedade.

Muitos fatores podem fazer diferença no que se refere a como a pessoa lida com uma doença como o câncer. A capacidade de adaptação do indivíduo a uma situação estressora está relacionada à utilização de estratégias de enfrentamento, também conhecidas como estratégias de *coping*. O enfrentamento se refere ao conjunto de estratégias que a pessoa utiliza a fim de lidar com um fator estressante iminente (Mattos, Blomer, Campos, & Silvério, 2016). Esses fatores estressores podem ser constituídos por fontes externas e internas. As fontes externas se referem a situações sobre as quais o indivíduo não tem controle, como, por exemplo, mortes, doenças e acidentes. Já as fontes internas se referem a características individuais do ser humano, que envolvem as cognições e crenças da pessoa, assim como o modo como ela percebe o mundo (Barbosa, Santos, & Barbosa, 2012). As estratégias de enfrentamento se referem a esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos diante de uma situação estressora que traz uma sobrecarga aos seus recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984). Essas estratégias são ações que podem ser aprendidas, utilizadas e descartadas.

O *coping*, em relação à sua função, pode ser analisado sob dois aspectos: *coping* centrado no problema e *coping* centrado na emoção. O *coping* centrado no problema diz respeito a estratégias mais adaptativas, com o objetivo de remover o fator estressor, como utilizar-se de alguns esforços a fim de resolver o problema (procura de informações, estabelecimento de metas e objetivos, entre outros). Já o *coping* centrado na emoção se refere às atitudes que o indivíduo apresenta com o intuito de alterar as reações emocionais em relação ao fator estressor (Mattos et al., 2016). Em resumo, as estratégias de enfrentamento

têm duas funções: alterar a relação entre o indivíduo e o meio, controlando ou modificando o problema causador do estresse (*coping* centrado no problema); ou adequar a resposta emocional ao problema (*coping* centrado na emoção). A utilização de estratégias de enfrentamento focadas no problema é mais provável quando o fator estressor é passível de mudança ou remoção. Já as estratégias focadas na emoção são mais prováveis quando há a avaliação de uma impossibilidade de remover o dano, ameaça ou desafio ambiental (Savoia, 1999).

No caso do câncer, alguns fatores estão envolvidos na capacidade de o indivíduo utilizar estratégias de enfrentamento, tais como: a percepção que ele tem do processo de adoecimento e terminalidade, a busca por suporte social, a prática espiritual e religiosa e o relacionamento com a equipe multiprofissional. A busca por suporte social pode proteger o paciente de sentimentos negativos decorrentes do fator estressor, o câncer, contribuindo para que tenha um melhor bem-estar e qualidade de vida (Santana, Zanin, & Maniglia, 2008). Também há evidências de que práticas religiosas e espirituais podem atuar como forma de enfrentamento de situações estressoras nos contextos de saúde (Fornazari & Ferreira, 2010), o que as torna potencialmente relevantes para a reabilitação do indivíduo (Machado, Gurgel, & Reppold, 2017). A espiritualidade pode atuar como um fator de proteção à saúde, favorecendo a promoção de qualidade de vida para os indivíduos, principalmente aqueles que estão em processo de adoecimento (Gobatto & Araújo, 2010).

Partindo da ideia de uma Psicologia com o foco na promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a Psicologia Positiva oferece um novo olhar a respeito do tratamento psicológico, com foco nas emoções positivas, forças e virtudes humanas (Passareli & Silva, 2007). A Psicologia Positiva não exclui o sofrimento humano de seus enfoques e não desvaloriza as patologias, porém promove um ajuste na forma como a Psicologia enxerga os aspectos saudáveis dos seres humanos (Pacico & Bastianello, 2014). Segundo essa

perspectiva, há três importantes pilares para análise: (1) o estudo da emoção positiva; (2) as características do indivíduo, especificadas como forças pessoais e virtudes, que envolvem também as habilidades de lidar com situações estressoras; e (3) as instituições e comunidades nas quais a pessoa está inserida, que serão suporte para o desenvolvimento dessas habilidades (Machado, Gurgel, & Reppold, 2017).

A Psicologia Positiva e os cuidados paliativos parecem compartilhar algumas características, tais como a ênfase na promoção de saúde, e não na doença, bem como na melhora da qualidade de vida de suas populações-alvo. O trabalho com a Psicologia Positiva pode ser interessante no contexto dos cuidados paliativos, já que o foco dessa abordagem não é “consertar o que está ruim” e sim fazer aparecer o que há de melhor no indivíduo (Paludo & Koller, 2007). No entanto, não foram encontrados estudos publicados no Brasil que relacionassem a psicologia positiva com o enfrentamento do câncer em pacientes paliativos. Nesse sentido, atentar para as estratégias de enfrentamento dos pacientes oncológicos, que estão sob orientação de cuidados paliativos, pode ser um elemento importante para que esses pacientes possam ter um alívio de seu sofrimento e interagir melhor com a situação estressora, que é a doença. Com base nisso, o objetivo desta pesquisa é descrever as estratégias de enfrentamento utilizadas por uma paciente oncológica em cuidados paliativos, internada em um Hospital Universitário, com o intuito de compreender os processos envolvidos diante do adoecimento, da hospitalização e da terminalidade de vida.

Método

Este estudo adotou um método descritivo e transversal, com abordagem qualitativa. Foi realizado por meio de estudo de caso único, com o intuito de mapear e descrever o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação. De acordo com Yin (2001), o estudo de caso representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente,

com a lógica do planejamento, da coleta e da análise de dados. O estudo de caso único tem como objetivo a investigação de um caso específico, bem delimitado, contextualizado no tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações (Ventura, 2007).

Participante

A participante da pesquisa foi uma paciente oncológica, internada no setor de atenção às urgências de um hospital universitário. Ana, 51 anos, foi selecionada a partir das seguintes etapas: (1) diálogo com a psicóloga responsável pela unidade, a fim de verificar a elegibilidade para a pesquisa; (2) convite à paciente e oficialização da pesquisa por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A paciente selecionada recebeu a orientação para cuidados paliativos e estava em plenas condições de comunicar-se oralmente.

Instrumentos

Para a realização da pesquisa foi utilizada uma entrevista semiestruturada, em que foram investigadas a história de vida, a história do adoecimento, as estratégias de enfrentamento e as perspectivas da paciente em relação ao prognóstico da doença. Para o registro do relato da paciente e das impressões da pesquisadora, foi utilizado um diário de campo. Também foi aplicada a Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP), validada por Seidl (2001). Esse instrumento engloba pensamentos e atitudes que as pessoas podem utilizar para lidar com demandas internas ou externas a um evento estressor. O instrumento é composto por 45 itens e as respostas são dadas em uma escala likert de cinco pontos (1= eu nunca faço isso; 2= eu faço isso um pouco; 3= eu faço isso às vezes; 4= eu faço isso muito; 5= eu faço isso sempre). A escala EMEP identifica quatro modos de enfrentamento: Estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (18 itens); estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção (15 itens); práticas religiosas/pensamentos

fantasiosos (7 itens); e busca de suporte social (5 itens). Os resultados da escala foram obtidos através da média de respostas da paciente em cada subescala.

Procedimentos

A coleta de dados aconteceu em três encontros. No primeiro encontro foi realizada uma abordagem inicial com a paciente, explicando o processo de pesquisa e convidando-a efetivamente para participar do estudo. Após, foi aplicada a EMEP. No segundo encontro ocorreu a aplicação da Entrevista Semiestruturada. Já no terceiro foi realizado um fechamento com a participante, por meio de um diálogo em relação à percepção que ela teve sobre a pesquisa. O encontro de fechamento também teve como objetivo realizar todos os encaminhamentos que fossem necessários à paciente, como a disponibilidade de atendimento psicológico pós-alta. O prontuário da paciente foi analisado somente após a coleta de dados, a fim de que a pesquisadora não fosse influenciada pela obtenção de nenhum tipo de dado *a priori* sobre a participante. Também foram realizadas algumas conversas com a cuidadora principal da paciente e com a psicóloga responsável pelos atendimentos.

Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Da mesma forma, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Gerência de Ensino do Hospital Escola, que autorizou sua realização. A participante foi informada sobre todos os seus direitos, bem como sobre os objetivos da pesquisa e procedimentos que seriam utilizados, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram assegurados todos os aspectos éticos que embasam pesquisas com seres humanos, de acordo com a resolução nº 466 (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2013). A pesquisadora esteve disponível para solucionar eventuais dúvidas em relação ao processo da pesquisa, bem como para realizar qualquer encaminhamento necessário para a proteção e promoção do bem-estar da participante.

Análise de Dados

Os dados coletados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2006), a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas que visam à análise de comunicações, com o objetivo de compreender os conteúdos que são manifestados ou que estão implícitos no discurso, assim como analisar as significações dos dados coletados. O material textual é o mais utilizado nesse tipo de análise, com fim de responder às questões de pesquisa. A análise foi estruturada sob três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

Resultados e Discussão

A partir da análise dos dados, três categorias foram emergentes: enfrentamento, aspectos da paciente e aspectos da equipe. O enfrentamento consiste na descrição das estratégias de enfrentamento que constituem quatro focos de análise: estratégias focadas no problema, estratégias focadas na emoção, práticas espirituais e suporte social. Os aspectos da paciente são características relacionadas ao histórico de vida da participante até o momento do adoecimento e após a hospitalização. Já os aspectos da equipe envolvem elementos associados ao relacionamento que a paciente construiu com a equipe multiprofissional.

Caso: Ana, 51 anos, solteira e com diagnóstico de Neoplasia de Mama Metastático. No início da coleta de dados, a paciente estava há 25 dias hospitalizada, foi a sua primeira internação. Natural de uma cidade do interior próxima à cidade na qual fica o hospital, conseguiu o leito via ação judicial. A paciente, segundo às avaliações da equipe de Psicologia e Serviço Social, apresentava muitas crises de choro e dificuldades de aceitação da doença. Ela veio a óbito 10 dias depois de finalizada a coleta de dados e a causa de morte foi a neoplasia de mama metastática e uma parada cardiorrespiratória.

Enfrentamento

O paciente oncológico vive vários períodos desde a descoberta da doença até o tratamento. Ao longo desse processo, os impactos percebidos não se referem apenas a mudanças fisiológicas, mas também psicológicas, o que pode gerar emoções como medo, raiva, angústias e dúvidas (Costa et al., 2016). Em relação ao enfrentamento do diagnóstico da doença, a paciente relata:

No início não dei bola para os sintomas, acabei indo nas pilhas de uma amiga que dizia não ser nada grave (...) demorei bastante para procurar ajuda (5 anos), o que acabou piorando a minha situação. Quando resolvi procurar ajuda médica, o câncer já estava bastante avançado e senti muito medo de morrer.

O processo de morte e morrer envolve muitos questionamentos e mistérios. Apesar de ser uma etapa natural da vida e do desenvolvimento, as possibilidades de falar sobre o tema ainda são escassas tanto nos currículos acadêmicos quanto na sociedade como um todo (Rosa & Souto, 2015). Borges et al. (2006) mencionam que a ansiedade diante da possibilidade de morte é um reflexo de vivências anteriores do indivíduo, como perdas, quebra de vínculos, separações e outras rupturas e que não pode ser negligenciada pelos profissionais e cuidadores, já que o paciente será desafiado a lidar com a imprevisibilidade do adoecimento, o que pode propiciar o desenvolvimento de recursos de enfrentamento.

A condição que o paciente oncológico vive irá influenciar nas estratégias de enfrentamento utilizadas para o manejo das situações estressoras, que neste caso são o câncer e impossibilidade de cura (Santana, Zanin, & Maniglia, 2008). Portanto, essas estratégias serão influenciadas pelo histórico de vida desse paciente, pelas crenças que ele tem de si e do mundo e por todo o contexto de aprendizagens que esse indivíduo vivenciou. No caso

específico da participante do estudo, os resultados da Escala de Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP) estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1

Resultados da Escala Modo de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

Enfrentamento	Média	Máximo
Focalizado no Problema	3,77	5
Focalizado na Emoção	3,46	5
Busca de Suporte Social	3,2	5
Busca de Prática Espiritual	5	5

De acordo com os resultados da escala, a estratégia mais utilizada pela paciente é a focalizada na Busca de Prática Espiritual (M=5). A temática mais emergente nos relatos da paciente está alicerçada nos aspectos espirituais. Desde o início do processo de entrevista ela demonstrou o quanto a fé e o contato com um ser superior fez diferença no enfrentamento das dificuldades, principalmente após o diagnóstico da neoplasia. A paciente afirma que frequentava uma religião protestante e que a aceitação do diagnóstico se deu muito em função da fé: *“Quando entendi o diagnóstico e o médico disse que não tinha mais nada o que fazer, percebi que somente Deus poderia decidir a hora (...) Nesse momento, eu já não tinha mais medo da morte”*.

A espiritualidade e religiosidade ainda são temáticas pouco abordadas no ambiente hospitalar. Pessoas religiosas frequentemente têm mais habilidades para enfrentar situações estressoras durante a vida (Mesquita et al, 2013). Porém, é necessário pensar as distinções entre o conceito de espiritualidade e religiosidade. O termo espiritualidade está relacionado a uma busca por sentido da existência, de um propósito de vida. Já a religiosidade se refere a

uma dimensão parcial da espiritualidade, vivenciada e praticada por meio de dogmas, ritos e doutrinas (Mesquita et al, 2013). No caso da paciente, é possível concluir que havia uma ligação entre esses dois conceitos, já que ela praticava rituais e dogmas de uma determinada religião antes da internação e também tinha uma ideia de sentido da vida, por meio da fé em um Deus que “*decidiria a sua hora de partir*”. Ela relata que:

Hoje não estou frequentando nenhuma Igreja, até por causa da internação (...) mas acredito muito que Deus decide a nossa hora de partir (...) não me cuidei como deveria e hoje estou tranquila, deixando as coisas nas mãos de Deus. Sei que só ele pode decidir a hora e o momento, por enquanto vou levando (...).

Além disso, a paciente mencionou que a fé em Deus trouxe certa tranquilidade no enfrentamento da doença, principalmente após a notícia de um prognóstico reservado, que sugeria poucas chances de cura: “*Estou tranquila quanto a isso, as coisas vão acontecer como Ele (Deus) quer. Estou levando a situação da maneira que posso, mas não sou eu quem decido a minha hora*”. A religião e a espiritualidade contribuem no modo como o indivíduo vai acolher uma demanda estressora, neste caso a doença, e em como esse indivíduo vai buscar compreender o sentido que esse acontecimento traz para a sua rotina, acompanhado por aspectos como o sofrimento, a morte, a existência e o próprio adoecimento (Fornazari & Ferreira, 2010). Através dos relatos da paciente, é possível constatar que o controle da situação estressora é terceirizado a um Deus que decide o rumo da história. Muitas vezes, o fato de o indivíduo não ter controle sobre determinada situação traz inúmeras consequências estressoras por meio de sintomas de ansiedade e preocupação (Costa et al., 2016). No caso da entrevistada, transferir esse controle para Deus faz com que esses sintomas sejam mais amenos na situação atual do adoecimento. A religiosidade/espiritualidade, no sentido da

existência de um ser superior que dirija todas as coisas com o intuito de fazer o bem para as pessoas, pode trazer uma diminuição do estresse e da ansiedade (Fornazari & Ferreira, 2010).

No decorrer do processo de pesquisa, a paciente relatou que a prática de orações influenciou positivamente no processo de aceitação do momento presente: *“Tenho o hábito de fazer minhas orações, mesmo sem ir à Igreja e isso tem me deixado mais tranquila e confiante”*. Os relatos da paciente confirmam as ideias trazidas pelos autores Tomaz, Veras Junior & Carvalho (2015) que apontam práticas de oração, fé e crenças em milagres como fatores importantes que têm auxiliado pacientes e cuidadores no enfrentamento da doença e do tratamento oncológico. Na EMEP, a paciente pontuou escore máximo (*você faz isso sempre*) em resposta ao item 6: *Espera que um milagre aconteça?*

Diante desses resultados, é necessário uma reflexão sobre o trabalho dos profissionais de saúde no que se refere à abordagem da espiritualidade/religiosidade com os pacientes. A Psicologia Positiva aborda o construto espiritualidade como um fator vinculado à qualidade de vida, independente de o sujeito estar em situação de adoecimento. No caso da paciente entrevistada, que já recebe a abordagem de Cuidados Paliativos, os fatores relacionados à promoção do bem-estar são fundamentais. O *coping* religioso/espiritual está associado de forma positiva a estratégias de enfrentamento ativo, planejamento, reinterpretação positiva e suporte social instrumental e emocional (Fornazari & Ferreira, 2010). A espiritualidade está presente no contexto sociocultural dos sujeitos, trazendo uma visão mais ampliada dos processos saúde e doença, desse modo, a espiritualidade, a felicidade, o otimismo e a esperança são construtos extremamente relevantes para o enfrentamento de situações estressoras, como o câncer (Machado, Gurgel & Reppold, 2017). A participante do estudo pontuou escore máximo na EMEP em todas as questões que traziam as categorias “fé”, “religião” e “espiritualidade” (Escore 5 = *“Você faz isso sempre”*).

A segunda estratégia mais utilizada pela paciente se refere a focalizada no problema (M=3,77). As estratégias de enfrentamento focalizadas no problema permitem que o indivíduo conheça o estressor e possa alterá-lo ou evitá-lo no futuro (Morero, Bragagnollo, & Santos, 2018). A escolha das estratégias a serem utilizadas dependem da natureza do evento, dos recursos disponíveis e das características pessoais do paciente (Nunes, 2010). No caso da entrevistada, a doença já não poderia ser um fator modificável, porém o modo pelo qual a paciente estava aderindo ao tratamento e alegava ter esperança de uma melhora, auxiliavam no enfrentamento do próprio período de internação, que era um fator estressor possível de remoção, já que a paciente tinha previsão de alta. Como ilustração, a participante marcou o escore máximo (“*you always do it*”) nos itens 1 (*you take into account the positive side of things?*) e 3 da EMEP (*you concentrate on something good that can come from this situation?*).

A terceira estratégia mais utilizada pela participante é a focalizada na emoção (M=3,46). Essa estratégia consiste em o indivíduo obter um controle da emoção, da resposta emocional diante do estressor, mesmo que este não possa ser modificado (Galvão, Borges & Pinho, 2017; Morero et al., 2018). A paciente manifesta um sentimento de autorresponsabilização em relação ao adoecimento. Na EMEP, ela selecionou a pontuação máxima (“*you always do it*”) para a questão: *You perceive that you yourself brought the problem to you?* Da mesma forma, na entrevista mencionou: “*Tenho consciência de que sou a única responsável pelo que está acontecendo comigo (...) eu não dei valor aos sintomas, acabei não me cuidando e provocando essa situação (...) agora, é levar como Deus quer.*”

Geralmente, o paciente em processo de terminalidade de vida apresenta sentimentos como culpa e ira em determinados períodos, o que pode se tornar mais severo quando existe a iminência da morte (Mendes, Lustosa, & Andrade, 2009). De acordo com relatos da psicóloga responsável pela unidade, a paciente apresentava alguns momentos no qual expressava muita

raiva com a equipe e também dificuldades na aceitação da hospitalização. Para lidar com situações como essa, é importante que os profissionais de saúde compreendam os processos e estágios relacionados à morte e ao morrer. Assim, podem interagir melhor com os pacientes, respeitando o momento em que se encontram e as suas especificidades, sem tornar pessoal a agressividade que por vezes é direcionada à equipe.

No que diz respeito às estratégias de enfrentamento relacionadas à busca de suporte social (M=3,2 na EMEP), a paciente apresenta muita resistência em conversar sobre o assunto. Quando questionada sobre a relação familiar, ela apenas menciona: “*A relação é boa, gostaria que viessem me visitar mais (...) mas cada um tem suas coisas para fazer*”. Em toda a tentativa de falar sobre a relação familiar, a paciente era bastante genérica, e parecia não estar confortável em abordar o assunto. A paciente tem sete filhos, porém, no decorrer da pesquisa, foi possível perceber que apenas uma das filhas se dedica aos cuidados hospitalares. Em umas das conversas realizadas com a cuidadora, ela mencionou que era a única acompanhante e que os outros filhos não costumavam visitar a paciente. Nesse momento, foi preciso respeitar o processo que a paciente vivia e a autonomia dela de não querer falar sobre a família. O diagnóstico de uma doença oncológica afeta não só a vida do paciente, mas de toda a sua rede familiar e social. Esse estressor pode provocar intensas mudanças em todo o contexto familiar, de maneira que todos podem ser afetados de alguma forma (Soratto et al., 2016). Na escala EMEP, a paciente indicou escore mínimo (você nunca faz isso) em relação à questão: *Pede conselho a um parente ou a um amigo que você respeite?* Também teve pontuação mínima em relação à pergunta: *Você tenta guardar os sentimentos para si mesmo?* Os dados mostram que a paciente apresenta dificuldade em acessar suporte social e familiar.

O suporte é uma das principais funções da família e da rede social dos indivíduos, sendo que o cuidado é um tipo de manejo que promove o bem-estar do paciente, contribuindo para o alívio dos sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais (Costa et al., 2016). No caso

da paciente, portanto, foi observado pela pesquisadora que o suporte oferecido pela filha foi fundamental para o enfrentamento do adoecimento e do período de hospitalização.

Aspectos da paciente

O Processo da Morte e do Morrer. Quando se trabalha com um paciente paliativo, o processo da morte e do morrer perpassa tanto a vida do indivíduo adoecido quanto dos profissionais que trabalham com esse paciente. Durante a pesquisa, e de acordo com os relatos da equipe e da cuidadora, a paciente oscilou entre diversos sentimentos que estão associados às etapas da vivência da terminalidade. Durante essa etapa da vida, o indivíduo passa por diversos conflitos, o que o leva a reavaliar todo o seu processo de vida. Elizabeth Kübler-Ross (2012), em sua experiência com pacientes terminais, elencou cinco fases que esse indivíduo vivencia no processo de morte e morrer: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. É importante destacar que esses processos não acontecem de forma linear, pois cada indivíduo é único.

Kübler-Ross (2012) aponta que o primeiro estágio desse processo de morte e morrer seria o da negação, que consiste em um estado temporário de choque, em que o indivíduo utiliza de recursos que o distanciem do fator estressor, que seria o conhecimento da doença. No caso da paciente participante, foi possível perceber essa negação bem antes da comunicação do diagnóstico, já que a paciente referiu sentir os sintomas, mas demorar a procurar ajuda médica.

O segundo estágio observado por Kübler-Ross (2012) é o da raiva. No processo de pesquisa, não foi percebido essa raiva diretamente com a pesquisadora, mas com a equipe multiprofissional. Mendes et al. (2009) alertam que, na maioria das vezes, os cuidadores e a equipe multiprofissional não compreendem o processo de raiva do paciente, criando, muitas vezes, uma resistência em abordar aquele indivíduo. Contudo, seria importante que esses

profissionais e cuidadores conseguissem exercer o processo de empatia, observando que o estágio da raiva é um momento importante, que esse paciente precisa vivenciar. Ainda de acordo com os autores, esse sentimento de raiva pode se originar por diversas questões, como por exemplo a interrupção prematura da vida, a sensação de projetos inacabados, sonhos interrompidos e objetivos que não poderão ser alcançados.

A paciente também mencionou sentimento de medo da morte quando recebeu a comunicação do médico. Esse medo é uma das respostas psicológicas mais recorrentes diante do processo de iminência da morte (Borges et al., 2006) e pode estar relacionado a múltiplos fatores, tais como a angústia de abandonar essa vida, as diferentes crenças sobre o que aconteceria após a morte e o medo de sentir dor no processo de morrer (Barbosa & Massaroni, 2016).

O terceiro estágio observado por Kübler-Ross (2012) é o da barganha, que é o menos conhecido, segundo a autora. Ela menciona que, se no estágio de negação o paciente não consegue enfrentar os acontecimentos e até se revolta contra Deus, na barganha ele tenta uma aproximação através de uma espécie de acordo, que poderia adiar o desfecho. A paciente afirmou várias vezes durante a entrevista que acreditava que Deus poderia realizar um milagre, e que não descartava uma cura repentina. Em nenhum momento da pesquisa foi observada uma falta de esperança da paciente em relação à doença, pois ela sempre demonstrou utilizar o recurso da fé como um reforçador para manter a esperança de um desfecho diferente.

O quarto estágio seria o da depressão que, segundo Kübler-Ross (2012), se refere a um momento em que o paciente já se encontra mais debilitado, tanto fisicamente pelas diversas tentativas de intervenções, como emocionalmente. No caso da paciente da pesquisa, foi possível perceber a exaustão por ainda estar em um processo de internação, manifestada por

crises de choro que tinha durante esse processo: *“Quero muito voltar para a minha cidade (...) já deu o que tinha que dar aqui”*.

O quinto e último estágio descrito por Kübler-Ross (2012) é o da aceitação. Borges et al. (2006) enfatizam que esse estágio não se refere a uma aceitação passiva do paciente diante da morte, mas acontece quando consegue entender todo o processo que está vivenciando, inclusive com as consequências envolvidas. Também, de acordo com os autores mencionados, é fundamental destacar que o processo de aceitação não exclui a esperança do paciente, que pode ser conservada até o final da vida. No caso da paciente entrevistada, foi possível perceber uma oscilação entre a fase de raiva e a fase de aceitação, o que corrobora a afirmação de Kubler-Ross (2012) sobre a não-linearidade dos estágios por ela identificados. Em relação à impossibilidade de um tratamento curativo, a paciente mencionou que: *“hoje, não tenho medo de morrer, estou tranquila quanto a isso (...) sei que Deus sabe o melhor para mim”*.

Aspectos da Equipe

A partir dos relatos da participante e das observações da pesquisadora é possível perceber o quanto a relação entre paciente e equipe ainda pode ser um desafio no contexto hospitalar. Quando a paciente foi questionada sobre a relação que mantinha com a equipe do hospital, ela mencionou: *“A relação é boa, fico mais na minha (...) não tenho muito o que falar com eles”*.

De acordo com essa fala, é perceptível um certo distanciamento da relação entre paciente e equipe. Em nenhum momento da pesquisa ela mencionou alguma possibilidade de vínculo com algum membro da equipe. Esse empobrecimento das relações no ambiente hospitalar pode ser analisado tanto pelos aspectos relacionados ao paciente, quanto por aqueles relacionados à formação da equipe. De acordo com Rodrigues & Zago (2012), muitos

profissionais estão mais inclinados aos cuidados técnicos do que ao cuidado integral, não conseguindo um envolvimento mais aprofundado com as questões biopsicossociais do paciente, principalmente quando este está em processo de terminalidade de vida. Contudo, o processo de cuidar na abordagem de Cuidados Paliativos requer uma formação mais aprofundada do profissional para que este tenha uma visão mais integral do paciente, enfatizando aspectos não só relacionados às concepções tecnológicas do tratamento, mas ao propósito do cuidado holístico e da promoção da qualidade de vida desses pacientes (Alcantara et al., 2018).

Através das percepções da pesquisadora, registradas em Diário de Campo, foram observados algumas problemáticas em torno da comunicação da paciente com a equipe. De acordo com o relato da cuidadora, no dia da aplicação da pesquisa, a paciente não estava receptiva às visitas da equipe multiprofissional, fato que se confirmou pela expulsão de alguns membros da equipe no decorrer dos atendimentos. No entanto, a paciente não apresentou objeções em receber a pesquisadora. Quando comentou sobre o motivo para ter pedido que outros profissionais se retirassem do quarto, a paciente disse: *“Ah, eles vieram fazer um monte de perguntas (...) até ficaram insistindo em saber sobre a minha família e eu não gostei”*.

Subjacente ao comentário da paciente está uma reflexão importante acerca da abordagem no atendimento hospitalar, da comunicação e do acolhimento. Morais et al. (2018) enfatizam que a abordagem do paciente no leito já inicia pelo acolhimento a este sujeito, o que torna o atendimento mais confortável e humanizado. Para tanto, o profissional precisa utilizar uma linguagem menos técnica e mais acessível ao entendimento do paciente, fortalecendo assim o vínculo e a qualidade do cuidado. A aproximação da equipe com o paciente, portanto, se dá através de um aspecto importante que é a comunicação. A comunicação não se refere apenas a palavras, mas a um conjunto de expressões não verbais,

como a escuta atenta, o olhar e a postura do profissional, sendo um recurso comprovadamente eficiente no manejo com pacientes paliativos (Andrade, Costa & Lopes, 2013).

Quando o profissional utiliza a comunicação de forma adequada com o paciente, pode ser observado um fortalecimento do vínculo e um aumento da confiança na relação, o que possibilita adentrar no universo do indivíduo, promover uma escuta qualificada e amenizar-lhe a ansiedade e a aflição, decorridas do momento em que se encontra (Andrade et al., 2013). Essa comunicação apropriada com o paciente é fundamental no que se refere à promoção do cuidado integral e humanizado no ambiente hospitalar. Humanizar se refere à busca pelo respeito, aceitação do indivíduo com todas as suas especificidades, assim como legitimar seus sentimentos, suas dores, suas dificuldades, seus valores e todo o universo contextual ao qual esse indivíduo pertence (Alcantara et al., 2018).

Outro aspecto importante relatado pela participante da pesquisa foi a crença de que *“não há mais nada o que fazer”*. Quando questionada sobre o modo de enfrentamento de uma doença sem possibilidades de tratamento curativo, ela mencionou: *“Não tem mais o que fazer né, o médico já disse (...) o negócio agora é ir levando, já deu o que tinha que dar aqui (...)”*. Esse discurso trazido pela paciente, de que não há o que fazer simplesmente porque a doença não tem cura, muitas vezes é reforçado no ambiente hospitalar através do discurso médico e/ou da equipe multiprofissional. É importante atentar que os Cuidados Paliativos, assim como a Psicologia Positiva surgem, principalmente, com o intuito de romper com essa visão patologizante do indivíduo, valorizando e promovendo o bem-estar e a qualidade de vida de todos os pacientes, independentemente de quaisquer prognósticos. Para tanto, talvez um dos maiores desafios seja a mudança de olhar a respeito desses pacientes, considerando-os como sujeitos de uma história e não determinados por uma doença, mesmo que esta seja incapacitante, crônica ou terminal. Sempre haverá possibilidades de promoção, adaptação e

manutenção do bem estar e da qualidade de vida desses seres humanos (Porto & Lustosa, 2010).

Todos os aspectos mencionados interferem diretamente na maneira como o paciente vai enfrentar o adoecimento e a proximidade da morte. Em relação à equipe multiprofissional, há uma carência de um trabalho que envolva os profissionais, que os considere como parte importante do processo. A comunicação do diagnóstico e prognóstico para um paciente fora das possibilidades de cura é uma tarefa de difícil manejo para a equipe, já que nem a sociedade e nem a academia trazem a preparação para a morte como um assunto privilegiado na formação dos sujeitos (Mendes et al., 2009). Em virtude disso, muitos profissionais que precisam trabalhar com a morte em seu cotidiano, com frequência recorrem à utilização de estratégias de enfrentamento baseadas em esquiva, frieza e indiferença, o que pode prejudicar o atendimento prestado e causar sofrimento tanto para os pacientes quanto para a equipe (Carvalho & Martins, 2015).

Considerações Finais

Os cuidados paliativos trouxeram uma nova possibilidade de visão sobre a morte, que deixou de ser considerada um tabu ou um mal a ser combatido para ser considerada como um processo natural e que faz parte do ciclo vital. Nessa perspectiva, os tratamentos têm o objetivo de trazer qualidade de vida e bem-estar para o paciente mesmo quando a cura já não é mais possível (Borges et al., 2006). Os resultados encontrados neste trabalho sugerem que intervenções sob a perspectiva da psicologia positiva podem ser benéficas ao paciente paliativo, já que, assim como os cuidados paliativos, essa abordagem tem característica humanizadora e focada na promoção dos aspectos saudáveis e das potencialidades do indivíduo. Intervenções baseadas na psicologia positiva podem trabalhar elementos como bem-estar subjetivo, esperança, otimismo, humor, espiritualidade, gratidão, compaixão, apoio social, competência social, criatividade, amor e felicidade (Machado, Gurgel, & Reppold,

2017). Como já relatado, muitos desses construtos são fundamentais para o enfrentamento positivo do câncer e do processo de terminalidade, o que faz essa abordagem ser uma ferramenta importante de intervenção terapêutica com pacientes paliativos. No entanto, não foram encontrados estudos publicados no Brasil que relacionassem a psicologia positiva com o enfrentamento do câncer em pacientes paliativos, e essa pode ser uma área importante a ser desenvolvida.

O trabalho com o paciente em Cuidados Paliativos é muito desafiador para a equipe multiprofissional, pois lidar com a terminalidade da vida de alguém traz sentimentos e conflitos em relação à finitude dos próprios profissionais que convivem diariamente com esses pacientes. Realizar pesquisa com esses pacientes não é diferente, pois muitos desses pacientes estão em estado bastante debilitado ou em um estágio do adoecimento no qual não desejam falar sobre a morte e o morrer. É importante ressaltar o quanto o pesquisador precisa estar atento ao momento do adoecimento em que o paciente se encontra, a fim de que este possa se sentir acolhido e respeitado como ser humano e não como mero participante elegível de uma pesquisa. É interessante mencionar que a maioria dos estudos brasileiros sobre cuidados paliativos tem foco nos cuidadores e na equipe multiprofissional. Talvez as dificuldades em abordar esses pacientes possam estar relacionadas à falta de publicações com esse público.

Outro aspecto importante a mencionar é que o contato da pesquisadora com a participante, apesar do pouco tempo disponível para a formação de vínculo, foi extremamente importante para a realização desse estudo de caso. Conforme exposto no trabalho, o acolhimento à paciente fez toda a diferença no processo de adesão dela à pesquisa. Qualquer trabalho realizado no ambiente hospitalar precisa de um fechamento, já que o período de internação é cheio de instabilidades e, no caso deste estudo, reservar o último encontro para realizar esse fechamento foi particularmente importante, pois a participante faleceu uma

semana após a realização da pesquisa. Isso traz uma reflexão sobre o quanto é importante estar atento as demandas dos pacientes paliativos para poder trabalhar aspectos do “aqui e agora”, auxiliando-os a utilizar dos recursos disponíveis no momento, oferecendo assistência até o final da vida. Portanto, realizar a pesquisa com essa paciente permitiu que a pesquisadora observasse diversas temáticas que perpassavam e influenciavam o modo como ela enfrentava situações difíceis da vida e o quanto esses fatores são importantes no processo de vivência do adoecimento e do morrer. É preciso que mais estudos sejam realizados com esses pacientes e que sejam desenvolvidas intervenções que facilitem o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento em situações de terminalidade, a fim de que o discurso de que “não há mais nada o que fazer” seja, aos poucos, desconstruído no contexto de saúde.

Referências

- Alcantara E.H., Almeida V.L., Nascimento M.G., Andrade M.B.T., Dázio E.M.R., & Resck Z.M.R. (2018). Percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pacientes em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 8 (2673).
- Andrade C.G., Costa S.F.G., & Lopes M.E.L. (2013). Cuidados Paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (9), 2523-2530.
- Barbosa A.M.G.C., & Massaroni L. (2016). Convivendo com a morte e o morrer. *Revista Enfermagem UFPE Online*, 10 (2), 457-63.
- Barbosa M.R., Santos F.U., & Barbosa M.R. (2012). Fontes estressoras no paciente com diagnóstico de neoplasia mamária maligna. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1), 10-18.
- Bardin L. (2006). Análise de Conteúdo. *Lisboa, edições 70*.

- Borges A.D.V.S., Silva E.F., Toniollo P.B., Mazer S.M., Valle E.R.M., & Santos M.A. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo, 11* (2), 361-369.
- Carvalho J.S., & Martins A.M. (2015). A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do psicólogo. *Revista SBPH, 18* (2), Ago/Dez.
- Costa J.M., Finco G.M., Souza R.L.G., Medeiros W.C.M., & Melo M.C.M. (2016). Repercussões biopsicossociais do diagnóstico de câncer colorretal para pacientes oncológicos. *Revista SBPH, 19* (2), Ago/Dez.
- Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.
- Fornazari S.A., & Ferreira R.E.R. (2010). Religiosidade/Espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26* (2), 265-272.
- Galvão M.I.Z., Borges M.S., & Pinho D.L. (2017). Comunicação Interpessoal com pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos. *Revista Baiana de Enfermagem, 31* (3), e22290.
- Gobatto C.A., Araujo T.C.C.F. (2010). *Coping* Religioso – Espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Revista SBPH, 13* (1).
- Kübler-Ross E. (2012). Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9 ed. São Paulo, Martins Fontes.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 839-852.
- Machado F.A., Gurgel L.G., & Reppold C.T. (2017). Intervenções em Psicologia Positiva na reabilitação de adultos e idosos: revisão de literatura. *Estudos de Psicologia, 34* (1), 119-130.

- Matos T.D.S., Meneguim S., Ferreira M.L.S., & Miot H.A. (2017). Qualidade de Vida e *Coping* religioso-espiritual em pacientes sob cuidados paliativos oncológicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(e2910).
- Mattos, Karine, Blomer, Thatiane Hilman, Campos, Ana Carolina Brunatto Falchetti, & Silvério, Maria Regina. (2016). Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), 01-06.
- Mendes J.A., Lustosa M.A., & Andrade M.C.M. (2009). Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Revista SBPH*, 12 (1).
- Mesquita A.C., Chaves E.C.L., Avelino C.C.V., Nogueira D.A., Panzini R.G., & Carvalho E.C. (2013). A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (2), 7 telas.
- Morais G.B., Oliveira E.P., Alexandre J.K.L., Ferreira L.H.R.M., Cruz M.R., & Cavalcanti T.R.F. (2018). A valia do vínculo na relação equipe multidisciplinar-paciente oncológico para a continuidade do cuidado: uma revisão integrativa. *Revista Saúde & Ciência Online*, 7 (2), 502p.
- Morero J.A.P., Bragagnollo G.R., & Santos M.T.S. (2018). Estratégias de Enfrentamento: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Revista Cuidarte*, 9 (2), 2257-68.
- Nunes C.M.N.S. (2010). O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psico-oncologia. *Encontro: Revista de Psicologia*, 13 (19), 91-102.
- Oliveira M.M., Malta D.C., GUAUCHE H., Moura L., & Silva G.A. (2015). A estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 18 (2), 146-157.

- Pacico J.C., & Bastianello M.R. (2014). As origens da Psicologia Positiva e os primeiros estudos Brasileiros. Hutz C.S. Avaliação em Psicologia Positiva. *Porto Alegre, Artes Médicas*.
- Paludo S.S., Koller S.H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia, 17*(36), 9-20.
- Passareli P.M., & Silva J.A.(2007). Psicologia Positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia, 24* (4), 513-517.
- Ponte A.C.S.L.C., Ribeiro J.L.P. (2014). O bem-estar do doente seguido em cuidados paliativos (CP): comparação entre a perspectiva do doente e da família. *Psicologia, Saúde e Doenças, 15*(1), 97-110.
- Porto G., & Lustosa M.A. (2010). Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Revista SBPH, 13* (1).
- Rodrigues I.G., Zago M.M.F. (2012). A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de Cuidados Paliativos. *Ciência, Cuidado e Saúde, 11* (suplem.), 31-38.
- Rosa D.S.S., & Couto S.A. (2015). O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida. *Revista Enfermagem Contemporânea, 4* (1), 92-104.
- Santana J.J.R.A., Zanin C.R., & Maniglia J.V. (2008). Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paideia, 18* (40), 371-384.
- Savóia M.G. (1999). Escala de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). *Revista de Psiquiatria Clínica, 26*, 56-67.
- Seidl E.M.F., Tróccoli B.T., & Zannon C.M.L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: teoria e pesquisa, 17*(3), 225-234.
- Silva R.C.F., Hortale V.A. (2006). Cuidados Paliativos Oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cadernos de Saúde Pública, 22*(10), 2055-2066.

- Soratto M.T., Silva D.M., Zugno P.I., & Daniel R. (2016). Espiritualidade e Resiliência em pacientes oncológicos. *Revista Saúde e Pesquisa*, 9 (1), 53-63.
- Tomaz L.A., Veras Junior E.F., & Carvalho P.M.G. (2015). Enfrentamento e Resiliência de pacientes com câncer submetidos a tratamento quimioterápico. *Revista Interdisciplinar*, 8(2), 195-201.
- Ventura M.M. (2007). O Estudo de Caso como modalidade de pesquisa. *Revista SOCERJ*, 20(5), 383-386.
- Yin R.K. (2001). Estudo de Caso: planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre.
- World Health Organization. (2002). Cancer pain relief and palliative care report. Geneva: WHO.