

## AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS <sup>1</sup>

Letícia Maria Borges Pereira<sup>2</sup>

Beatriz dos Santos Pereira<sup>3</sup>

### RESUMO:

A sociedade ocidental atual vivencia um distanciamento do processo de finitude humana onde este tema é considerado um tabu e gerador de sofrimento. No contexto de morte e de Cuidados Paliativos (CP) são necessários cuidados interdisciplinares para promover qualidade de vida e de morte ao paciente e seus familiares, contexto em que a psicologia se faz presente, para a promoção da saúde mental. O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo analisar a aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no contexto dos CP, visando identificar suas contribuições no alívio do sofrimento emocional e na melhoria da qualidade de vida (QV) dos pacientes. Para atingir este objetivo, adotou-se a metodologia de revisão narrativa da literatura, com a exploração de estudos publicados em diversas bases de dados científicas. Como resultados, destaca-se que a TCC se mostra uma abordagem promissora para enfrentar os desafios emocionais inerentes à terminalidade, com a redução de sintomas psicológicos, melhora da aceitação da morte e promoção de uma morte digna. Contudo, a aplicação da TCC nos CP ainda enfrenta desafios práticos e limitações contextuais, como a necessidade de capacitação adequada dos profissionais e a adaptação das intervenções às particularidades dos pacientes terminais. Conclui-se que este estudo oferece uma contribuição significativa para a discussão das estratégias para a implementação eficaz da TCC nos CP, ampliando as possibilidades de suporte psicológico humanizado e baseado em evidências.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental. Cuidados Paliativos. Terminalidade. Qualidade de vida. Sofrimento psicológico.

### THE CONTRIBUTIONS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN THE CONTEXT OF PALLIATIVE CARE

**ABSTRACT:** Today's Western society experiences a distancing from the process of human finitude, where this topic is considered taboo and a source of suffering. In the context of death and Palliative Care (PC), interdisciplinary care is

<sup>1</sup> Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Psicologia e Saúde. Recebido em 07/10/2024 e aprovado, após reformulações, em 07/11/2024.

<sup>2</sup> Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: lety.borges12@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora e Mestra em Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: beatrizpereira@uniacademia.edu.br

necessary to promote quality of life and death for patients and their families, a context in which psychology is present to promote mental health. This Final Course Work aims to analyze the application of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in the context of PC, aiming to identify its contributions to alleviating emotional suffering and improving patients' quality of life (QoL). To achieve this objective, the methodology of narrative literature review was adopted, exploring studies published in several scientific databases. As a result, it is highlighted that CBT shows itself to be a promising approach to face the emotional challenges inherent to terminality, with the reduction of psychological symptoms, improvement of acceptance of death and promotion of a dignified death. However, the application of CBT in PC still faces practical challenges and contextual limitations, such as the need for adequate training of professionals and the adaptation of interventions to the particularities of terminally ill patients. It is concluded that this study offers a significant contribution to the discussion of strategies for the effective implementation of CBT in PC, expanding the possibilities of humanized and evidence-based psychological support.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy. Palliative Care. Terminality. Quality of life. Psychological suffering.

## 1 INTRODUÇÃO

A morte é um fenômeno complexo e multifacetado, transcende a mera interrupção das funções biológicas e envolve as dimensões sociais, culturais e psicológicas. Através do tempo, as sociedades e culturas desenvolveram formas distintas de lidar com a mortalidade, instituindo rituais e crenças em torno da finitude humana. Assim, a forma como as pessoas lidam com a morte reflete as crenças e os valores em um determinado contexto social e histórico (Ferreira, 2011).

Na Idade Média a morte era vivenciada de maneira familiar, comunitária e ritualizada. Em contrapartida, na contemporaneidade, o processo de morrer se tornou distante do cotidiano, medicalizado, ocorrendo majoritariamente nas instituições hospitalares. Todavia, movimentos como os Cuidados Paliativos (CP) buscam restaurar uma abordagem mais humanizada, permitindo que a morte seja vivenciada com dignidade, respeito e autonomia (Ferreira, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2020, definiu os CP como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida (QV) de pacientes e suas famílias, diante de doenças que ameaçam a vida. Tal abordagem previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação adequada e

tratamento de sintomas físicos, psicossociais e espirituais. Os CP afirmam a vida, encarando a morte como um processo natural, sem intenção de antecipá-la ou adiá-la, proporcionando suporte para que os pacientes vivam ativamente até o momento final, além de oferecer apoio às famílias no processo de luto (WHO, 2020).

Pacientes paliativos frequentemente enfrentam desafios emocionais e psicológicos, como ansiedade e depressão, decorrentes da percepção da proximidade da morte, perda de autonomia e medo da dor incontrolável, dentre outros aspectos. Com isso, a presença de um psicólogo na equipe interdisciplinar de CP torna-se imprescindível para a oferta de suporte emocional e promoção da saúde mental ao paciente (Ferreira, 2011). O psicólogo contribui para uma melhor QV, permitindo que o paciente vivencie sua finitude com autonomia e respeito (Porto; Lustosa, 2010), bem como na oferta de suporte aos familiares enlutados (Pimenta; Capelas, 2019).

Na abordagem psicológica, a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) caracteriza-se por sessões estruturadas e colaborativas, focadas na resolução de problemas e ganha destaque por seus resultados terapêuticos (Beck, 2013). No contexto dos CP, a TCC oferece ferramentas valiosas para o manejo do sofrimento emocional e dos sintomas psicológicos associados ao fim da vida (Chochinov; Breitbart, 2000).

Dados contemporâneos indicam que, globalmente, ocorrem aproximadamente 58 milhões de mortes anuais, sendo 34 milhões causadas por doenças crônicas incuráveis e debilitantes. No Brasil, cerca de um milhão de óbitos são registrados por ano, dos quais 650 mil são decorrentes de doenças crônicas, com 70% dessas mortes ocorrendo em hospitais, principalmente em unidades de terapia intensiva (Gomes; Othero, 2016). Esse cenário evidencia necessidade crescente dos cuidados interdisciplinares no fim de vida e a importância de discutir a psicologia nos CP.

Este trabalho se justifica pela urgência de intervenções psicológicas eficazes que aliviem o sofrimento emocional e melhorem a QV de pacientes em CP, onde a TCC apresenta-se como uma opção promissora. Com isso, este estudo possui como objetivo geral analisar as contribuições da TCC nos CP. Possui como objetivos específicos: discutir a complexidade dos CP e o lugar da

Psicologia neste contexto; identificar as contribuições da TCC nos CP; identificar as estratégias e possibilidades da TCC nos CP, bem como seus desafios e limitações; proporcionar uma reflexão crítica sobre a prática psicológica em CP.

## 2. METODOLOGIA

A presente pesquisa foi desenvolvida vinculada ao Centro Universitário Academia (Uniacademia), durante o ano de 2024, período de desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna autora deste texto. O trabalho atendeu a todas as exigências da instituição de ensino durante a sua elaboração.

A metodologia utilizada neste estudo foi a revisão narrativa da literatura. Consiste, portanto, em uma pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão de literatura (CNS, 2016) com a ampla utilização de fontes de informação bibliográfica para fundamentar o objetivo proposto (Rother, 2007).

A pesquisa foi realizada nas bases de dados científicas PubMed, Scielo, PsycINFO e PePsic. Para a busca dos materiais foram utilizados os descritores “terapia cognitivo-comportamental”, “cuidados paliativos”, “terminalidade”, “saúde mental”, “luto”, e “sofrimento psicológico”, em conformidade com a padronização dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCs).

Foram incluídos artigos completos escritos em português e inglês que abordavam o tema da TCC em CP, em consonância com os objetivos deste estudo. Na construção desta pesquisa, foram utilizados os princípios fundamentais da TCC tradicional, que enfatiza a modificação de pensamentos e comportamentos desadaptativos, até as abordagens contemporâneas de terceira onda, que incorporam conceitos de aceitação, *mindfulness* e a compreensão contextual dos comportamentos. Foram excluídos os artigos que continham o texto disponível na íntegra. Adicionalmente foram analisados e incluídos livros, documentos oficiais e demais literaturas pertinentes. Os materiais selecionados foram lidos, analisados e utilizados na discussão que será apresentada no decorrer deste artigo.

## 2 A MORTE E O MORRER

De forma geral, psicologicamente, o processo de morrer e de luto envolve, segundo Kübler-Ross (1988), uma complexidade de emoções, que poderiam ser compreendidas a partir de fases complexas, dinâmicas e descontínuas que podem se manifestar como negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Já Stroebe e Schut (1999) propõem uma abordagem inovadora ao luto, destacando a oscilação entre a orientação para a perda e a orientação para a restauração como componentes essenciais no enfrentamento da morte. Esse processo dinâmico é essencial para uma vivência saudável do luto, promovendo um equilíbrio entre o enfrentamento da dor e a continuidade da vida (Stroebe; Schut, 1999).

A forma como uma pessoa lida com sua finitude recebe influência de diversos fatores, dentre eles os aspectos sociais. Nesse contexto, observa-se que a morte é um fenômeno complexo cujo significado pode variar em diferentes culturas e contextos históricos, sendo amplamente influenciada por valores, crenças e temores de cada sociedade e época. Assim, a compreensão da morte revela-se, em grande medida, como uma construção social moldada por fatores culturais e históricos, impactando diretamente a percepção e a vivência da mortalidade humana (Ferreira, 2011).

O historiador francês Philippe Ariès identificou diversas fases na forma como a morte foi encarada ao longo da história ocidental. Na Idade Média, predominava a nomeada "morte domada", caracterizada pela aceitação da morte como um evento comunitário, onde as pessoas morriam em casa, rodeadas de familiares, o que facilitava a realização de rituais de despedida. Já entre os séculos XI e XIV, com o surgimento da "morte de si mesmo", há uma crescente introspecção, na qual o indivíduo passa a refletir sobre o destino de sua alma, intensificando o temor ao inferno e a busca pela salvação espiritual. A Igreja Católica, nesse contexto, desempenhava um papel central, promovendo rituais e orações voltados à preparação espiritual para o pós-vida, evidenciando a transição de uma visão coletiva da morte para uma perspectiva mais individualizada (Ariès, 1977 *apud* Ferreira, 2011).

No século XIX e início do século XX, surge a "morte do outro", na qual a morte é interpretada como um reencontro com entes queridos falecidos, embora

também carregue o pesar pela separação definitiva. Essa fase é marcada por rituais que buscam afastar espíritos perturbadores e a gestão do medo de epidemias, associadas aos corpos. O distanciamento da morte em relação aos vivos se intensifica, com a criação de cemitérios afastados das áreas urbanas.

No século XX, a morte assume um caráter "invertido", tornando-se um evento oculto e institucionalizado, relegado a hospitais, onde se evita o contato direto com os aspectos físicos do processo de morrer. Essa medicalização da morte reflete uma mudança profunda: de um fenômeno público e ritualizado, a morte passa a ser gerida pela ciência médica, afastando-se do cotidiano e contribuindo para o isolamento dos mortos (Ariès, 1977; *apud* Ferreira, 2011).

A modernidade trouxe consigo a institucionalização e despersonalização da morte que frequentemente ocorre em hospitais, sob os cuidados de profissionais de saúde, de forma mecânica, impessoal, sofrida, distante, solitária, medicalizada e caracterizada pela ausência de protagonismo do paciente (Kovács, 2014; Ferreira, 2011). Em contrapartida, o conceito de morte contemporânea ou pós-moderna propõe uma abordagem mais humanizada, tratando a morte como parte do processo natural da vida. Esse modelo valoriza a autonomia do paciente, permitindo-lhe fazer escolhas informadas sobre seus cuidados e garantir que possa morrer com dignidade. Movimentos como o *Hospice* e os CP surgem nesse contexto, buscando proporcionar uma "boa morte" por meio do controle adequado dos sintomas e do apoio emocional e espiritual, focando na QV, em vez de prolongá-la a qualquer custo (Ferreira, 2011).

### 3 OS CUIDADOS PALIATIVOS

Após uma análise histórica dos conceitos de morte, torna-se relevante examinar o desenvolvimento dos CP, cuja gênese se relaciona à criação dos "*hospices*". O termo "*hospice*" surgiu na Europa medieval, no século IV, referindo-se a estabelecimentos religiosos destinados a abrigar peregrinos em suas jornadas, oferecendo-lhes repouso e recuperação física. Derivado do latim *hospes*, que significa "estranho" ou "anfitrião", o conceito também está associado à palavra "*hospitalis*", de onde se origina "hospitalidade", denotando

a acolhida ao estrangeiro. Inicialmente, esses locais não se dedicavam aos cuidados de enfermos e moribundos, papel que apenas nos *hospices* modernos veio a se consolidar (Ferreira, 2011).

Com o avanço da medicina e da sociedade, o conceito de *hospice* passou por transformações significativas. No final do século XIX, na Inglaterra vitoriana, em resposta ao caráter exclusivamente curativo dos hospitais, surgiram os *hospices* modernos, herdando das suas origens medievais o aspecto acolhedor, mas com foco específico em pacientes em seu processo de finitude. Esses locais ofereciam cuidados dentro de uma perspectiva cristã, acolhendo principalmente os gravemente enfermos e rejeitados pelos hospitais convencionais. A enfermeira e médica Cicely Saunders desempenhou um papel crucial nesse movimento, ao fundar o St. Christopher's Hospice em 1967, estabelecendo padrões para os cuidados de fim de vida (Ferreira, 2011).

A criação do St. Christopher's Hospice por Saunders marcou uma virada nos CP, consolidando uma abordagem multidisciplinar voltada à QV de pacientes com doenças incuráveis, integrando aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Essa filosofia, que vê a morte como um processo natural, ganhou aceitação global, influenciando práticas em diversos países, como Canadá, Estados Unidos e Austrália, onde os princípios dos CP foram adaptados às necessidades locais (Ferreira, 2011).

Os sofrimentos associados à finitude manifestam-se de diversas formas e impactam profundamente a QV dos pacientes, onde podem ser encontrados: perda de funcionalidade e independência; presença de medo, ansiedade, depressão e desesperança; o impacto emocional no paciente e seus familiares; as mudanças nas dinâmicas sociais e familiares; dor física, isolamento; sensação de perda de controle sobre a própria existência (Hoffmann; Santos; Carvalho, 2021).

Adicionalmente, a ansiedade é comum, sendo o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) uma das manifestações mais frequentes. Este caracteriza-se por uma preocupação excessiva e persistente, frequentemente relacionada ao medo da morte, da dor e da perda de controle. A ansiedade, além de intensificar o sofrimento emocional, agrava os sintomas físicos, como insônia e fadiga, comprometendo a QV. O manejo adequado da ansiedade é fundamental

para oferecer um cuidado integral, promovendo maior conforto e bem-estar (APA, 2022).

Durante o processo de adoecimento, especialmente em CP, os pacientes frequentemente passam por diversos tipos de luto, associados tanto às perdas físicas quanto emocionais decorrentes da doença. Esse luto, também conhecido como "luto preparatório", é uma reação normal à percepção da proximidade da morte e envolve aspectos físicos, emocionais e espirituais. No entanto, os sintomas vivenciados durante esse processo podem se assemelhar aos de quadros depressivos, como tristeza profunda, perda de interesse e isolamento social. Apesar dessa semelhança, é crucial diferenciar o luto preparatório da depressão, pois o luto é uma resposta esperada e adaptativa à perda, enquanto a depressão é uma condição patológica que pode necessitar de intervenção farmacológica e terapêutica mais intensiva. A diferenciação adequada entre esses quadros é essencial para garantir que os pacientes recebam o tratamento mais adequado, considerando as especificidades emocionais e clínicas de cada condição (Strada, 2009).

Nesse contexto, ao diferenciar o luto preparatório da depressão, a depressão é uma condição possível em pacientes em CP, sendo o transtorno depressivo maior a manifestação mais comum. Esta condição está associada à perda de autonomia e à dor física, agrava o sofrimento emocional, e interfere na adesão ao tratamento e na aceitação do fim da vida. A depressão precisa ser identificada e tratada precocemente por meio de suporte psicossocial e, se necessário, terapia farmacológica, estratégias que contibuem significativamente para a melhoria da QV do paciente (APA, 2022).

O luto é um processo adaptativo frente a morte que se inicia antes do fim da vida e se prolonga após ela. O luto pode ser vivenciado de forma adaptativa ou se tornar um problema em saúde mental, com necessidade de cuidados especiais (Pimenta; Capelas, 2019). O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR) define o luto normal como reações emocionais intensas que diminuem com o tempo, permitindo que o indivíduo se ajuste à perda. Entretanto, o luto patológico, ou Transtorno de Luto Prolongado (TLP), caracteriza-se pela persistência de tristeza profunda e dificuldade em aceitar a

morte, impactando negativamente a QV e o funcionamento social e ocupacional após um ano da perda (APA, 2022).

Essas situações podem ser agravadas pelo tabu em torno da morte e pelas dificuldades de comunicação sobre o assunto (Hoffmann; Santos; Carvalho, 2021). Nesse contexto, os CP têm como objetivo central a promoção da QV e o alívio do sofrimento de pacientes com doenças graves e em final de vida. Por meio de uma abordagem humanizada, que reconhece a morte como um processo natural, os CP garantem o respeito à dignidade e à autonomia dos pacientes, oferecendo-lhes conforto e apoio nos momentos finais de suas vidas coma oferta de um suporte emocional adequado (Kovács, 2014, Porto; Lustosa, 2010).

Os CP no Brasil começaram a ser estruturados na década de 1980, com iniciativas em estados como Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. Influenciados pela filosofia de Cicely Saunders, os CP adaptaram-se às realidades culturais e sociais do país, resultando na criação de serviços especializados e na inclusão de políticas nacionais para promover a QV dos pacientes até o fim de suas vidas (Paiva *et al.*, 2022). A Resolução nº 41 de 2018 (Brasil, 2018) foi um marco importante para normatizar a oferta do CP no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo sua integração nos diferentes níveis de atenção à saúde, contudo existem importantes desafios a serem enfrentados como: a necessidade de superar a visão restrita de que os CP se aplicam apenas ao fim da vida; uma implementação desigual entre as regiões do país, onde o CP se concentra majoritariamente no Sudeste brasileiro; escassez de profissionais capacitados; serviços de CP insuficientes para as demandas crescentes (D'Alessandro *et al.*, 2023); aplicação dos CP majoritariamente em contextos oncológicos, quando deveria estar disponível para outras doenças crônicas, incuráveis e impactantes, desde o momento do diagnóstico (Palmeira *et al.*, 2011).

Para a superação dos desafios encontrados, algumas medidas são importantes, como: a formação de políticas públicas específicas; a capacitação contínua dos profissionais para garantir uma abordagem mais inclusiva e eficaz; assistência a pacientes com diversas patologias; oferta ampla de suporte que englobe as demandas físicas, emocionais, sociais e espirituais de pacientes e

famílias; a evolução para complicações em decorrência do processo de luto e do Transtorno de Luto Prolongado; início precoce do CP com garantia de cuidado até o fim da vida (ANCP, 2009; Pimenta; Capelas, 2019; Gonçalves, 2023). A recente implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), lançada pelo Ministério da Saúde em 2024, busca justamente enfrentar essas barreiras, ampliando e descentralizando o acesso a esses cuidados no SUS. Com a criação das Equipes Matriciais e Assistenciais, busca-se regionalizar o atendimento, fortalecer a atenção primária e oferecer suporte multiprofissional. Além disso, a PNCP integra telessaúde e educação continuada para profissionais e sociedade, promovendo continuidade e alívio do sofrimento de maneira eficaz e equitativa em todo o país, incluindo regiões como a Amazônia Legal (Brasil, 2024).

A psicoterapia, em especial a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC), tem se mostrado eficaz na assistência psicológica no contexto de morte e luto, permitindo ao indivíduo processar a perda e reorganizar sua vida (APA, 2022).

#### **4 A PSICOLOGIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Os impactos psicológicos decorrentes dos CP em pacientes e seus familiares são profundos e complexos. Desde o diagnóstico de uma doença grave, surgem reações emocionais intensas, como tristeza, angústia e medo. A progressão da condição de saúde agrava o sofrimento familiar, que enfrenta a deterioração do estado do paciente e a perda de sua autonomia, desencadeando sentimentos de impotência e ansiedade. A reorganização familiar também se torna necessária, com a redistribuição de papéis e o aumento da sobrecarga emocional entre os cuidadores. Com a proximidade do fim da vida, as famílias precisam se preparar emocionalmente para a morte iminente, ajustando suas expectativas e redefinindo a esperança, que passa a se concentrar em dias sem dor e na QV, ao invés de uma possível cura (OLIVESKI et al., 2021).

Nesse contexto, Ann-Yi e Bruera (2022) demonstram que uma parcela significativa dos pacientes em CP enfrenta transtornos psicológicos, com os transtornos de ajustamento sendo os mais prevalentes, atingindo 73,1% dessa população. Além disso, 24,6% dos pacientes apresentam algum grau de

depressão e 9,8% sofrem de transtornos de ansiedade. O sofrimento psicológico frequentemente está associado ao agravamento dos sintomas físicos e ao sentimento de impotência diante da proximidade da morte. Esses distúrbios psicológicos podem aumentar consideravelmente o nível de sofrimento, sendo que até 64% da variância no sofrimento dos pacientes é explicada por fatores psicológicos e de ajustamento. Entre os cuidadores, o cenário é igualmente preocupante, com 66% relatando sintomas depressivos e 77% enfrentando níveis elevados de ansiedade. O estresse emocional entre os cuidadores tende a se intensificar à medida que a condição do paciente piora, e a proximidade da morte exacerba o impacto psicológico, tanto pela sobrecarga física quanto pelo peso emocional de testemunhar o declínio do ente querido.

O contexto dos CP levanta questões existenciais, tornando a atuação do psicólogo indispensável ao fornecer suporte emocional e psicológico essencial tanto para os pacientes quanto para seus familiares. O papel desse profissional envolve acolher e validar sentimentos de dor, medo e ansiedade presentes no processo de terminalidade, auxiliando o paciente na resignificação de sua existência e no enfrentamento da morte iminente. A escuta qualificada permite que emoções como raiva, negação e aceitação sejam expressas e compreendidas, promovendo alívio em meio ao sofrimento. Além disso, o psicólogo exerce importante função junto aos familiares, que frequentemente vivenciam sentimentos de impotência e angústia. O suporte visa não apenas prepará-los emocionalmente para a perda, mas também fortalecer os recursos internos de enfrentamento, necessários para lidar com as mudanças geradas pelo adoecimento, que trazem sofrimento e exigem adaptações na dinâmica familiar. O psicólogo desempenha um papel essencial ao ajudar a família a desenvolver resiliência, promovendo a reorganização de suas vidas. Além disso, esse suporte emocional facilita a expressão saudável das emoções, contribuindo para um processo de luto mais equilibrado e menos traumático. Esse acompanhamento pode ocorrer por meio de sessões individuais ou em grupo, criando um espaço de apoio mútuo e compartilhamento de experiências, que facilita um luto mais equilibrado (Ugioni, 2020).

Além da interação direta com pacientes e familiares, o psicólogo em CP desempenha papel crucial na equipe multiprofissional, mediando as ações entre

médicos, enfermeiros e outros profissionais, de modo a garantir que as necessidades emocionais do paciente sejam plenamente consideradas no plano terapêutico. Tal atuação promove uma abordagem humanizada, que transcende a mera atenção à doença, contemplando também os aspectos emocionais e espirituais do indivíduo. Outro aspecto relevante é o suporte prestado à própria equipe de saúde, que enfrenta altos níveis de estresse emocional devido à constante exposição ao sofrimento e à morte. O psicólogo facilita discussões em grupo e oferece suporte psicológico, promovendo a saúde mental dos profissionais e prevenindo o esgotamento emocional. Desse modo, sua intervenção é multidimensional, abrangendo o bem-estar do paciente, dos familiares e da equipe, contribuindo para um cuidado integral e humanizado (Ugioni, 2020).

No contexto dos CP, a psicologia hospitalar assume um papel essencial ao oferecer atendimento psicológico a pacientes, familiares e equipe de saúde. Seu principal objetivo é proporcionar suporte emocional durante o período de internação, promovendo o bem-estar geral e humanizando o ambiente hospitalar. Essa área da psicologia auxilia os envolvidos no enfrentamento das dificuldades inerentes à doença, ao tratamento e à morte, servindo como um espaço para a resolução de pendências emocionais e a expressão dos sentimentos relacionados à finitude (Porto; Lustosa, 2010).

A psicologia hospitalar também está intimamente ligada ao conceito de "boa morte", que envolve dignidade, conforto e respeito aos desejos do paciente terminal. Nesse contexto, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) trouxe as diretrizes de antecipação de vontade, permitindo que pacientes em fase terminal expressem previamente suas preferências em relação aos cuidados que desejam receber. Esse mecanismo assegura maior autonomia e respeito às suas escolhas, especialmente quando o paciente já não possui plena capacidade de tomar decisões. As diretivas antecipadas abrangem desde os tratamentos médicos a serem aplicados até decisões sobre o corpo e a gestão de bens, tornando-se essenciais para garantir que o processo de morte seja conduzido de maneira respeitosa e de acordo com as preferências do paciente. A psicologia desempenha um papel fundamental ao implementar os CP, focando no alívio do sofrimento total – seja ele físico, emocional, social ou espiritual. Essa

abordagem possibilita que os pacientes sejam ouvidos e compreendidos em suas angústias, auxiliando-os a encontrar sentido e serenidade em seus momentos finais. Além disso, o psicólogo facilita diálogos difíceis sobre a morte, resolve questões emocionais pendentes e promove uma despedida significativa e tranquila (Porto; Lustosa, 2010 apud Oliveira, 2023).

Em suma, a psicologia hospitalar exerce um papel central nos CP ao proporcionar suporte emocional que complementa os cuidados médicos tradicionais. No entanto, humanizar o processo de morte não é uma exclusividade do psicólogo, pois essa abordagem pode ser realizada por qualquer profissional da equipe de cuidados. O psicólogo, nesse contexto, atua como um facilitador desse processo, promovendo uma visão integrada do cuidado. A integração do apoio psicológico especializado à medicina paliativa é vital para assegurar uma melhor QV nos momentos finais, auxiliando o paciente a viver com mais plenitude diante da morte (Porto; Lustosa, 2010).

#### *4.1 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL*

A TCC foi inicialmente desenvolvida na década de 1960 por Aaron Beck, que, ao investigar a depressão, identificou padrões de pensamentos automáticos influenciando o humor e o comportamento dos pacientes. A partir dessa observação, Beck formulou uma abordagem terapêutica centrada na modificação dessas crenças disfuncionais, com o objetivo de reduzir o sofrimento emocional e promover mudanças comportamentais. A TCC, assim, distancia-se da psicanálise tradicional ao focar na identificação e reestruturação de pensamentos distorcidos, proporcionando melhorias tanto emocionais quanto comportamentais (Beck, 2013).

Os princípios fundamentais da TCC estão ancorados na ideia de que pensamentos automáticos, frequentemente distorcidos, surgem como respostas involuntárias a situações e causam sofrimento. A terapia busca identificar esses pensamentos, questioná-los e substituí-los por crenças mais realistas e adaptativas. Além disso, a TCC utiliza técnicas comportamentais para modificar ações disfuncionais, promovendo atitudes mais saudáveis. O caráter estruturado e colaborativo das sessões, com uso de ferramentas como o questionamento

socrático e experimentos comportamentais, distingue a TCC, facilitando a transformação dos padrões de pensamento e comportamento (Beck, 2013).

A compreensão do ser humano na TCC baseia-se na premissa de que ele é um ser ativo, interpretando constantemente o ambiente. Esses pensamentos automáticos são influenciados por crenças centrais profundas, formadas ao longo da vida e responsáveis por moldar as atitudes e comportamentos. Crenças centrais disfuncionais geram sofrimento emocional, e o objetivo da TCC é identificá-las e modificá-las, possibilitando uma visão mais equilibrada de si mesmo e do mundo. As crenças intermediárias, mais acessíveis, manifestam-se como regras e atitudes que também são alvo da intervenção terapêutica (Beck, 2013).

A TCC destaca-se por sua orientação prática e estruturada, voltada para a resolução de problemas e o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento. Como uma terapia baseada em evidências, sua eficácia é amplamente reconhecida no tratamento de diversos transtornos, incluindo depressão, ansiedade, transtornos alimentares e de personalidade. Essa abordagem prática, colaborativa e respaldada por dados faz da TCC uma das terapias mais recomendadas para a promoção da saúde mental (Beck, 2013).

A TCC é uma intervenção psicológica estruturada que combina princípios da psicologia cognitiva e comportamental para modificar padrões disfuncionais de pensamento e comportamento. Conforme destacado por Beck, a TCC é uma terapia de tempo limitado e focada no presente, orientada para objetivos específicos, o que a torna particularmente eficaz em contextos como os CP. Nesse cenário, a TCC auxilia os pacientes a reconhecer e alterar crenças irracionais, além de promover comportamentos adaptativos frente ao sofrimento emocional e físico. Técnicas como reestruturação cognitiva, treinamento de habilidades sociais e relaxamento são aplicadas para equipar os pacientes com estratégias de enfrentamento, comprovadamente eficazes no tratamento de transtornos como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (Castro; Barroso, 2012).

#### 4.2A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E OS CUIDADOS PALIATIVOS

A relevância da TCC nos CP se evidencia no impacto psicológico das doenças graves e terminais. O foco primordial desses cuidados é proporcionar alívio de sintomas e melhorar a QV dos pacientes. A TCC, nesse contexto, desempenha um papel vital ao auxiliar os pacientes a lidar com a dor, o sofrimento emocional e o medo diante da morte. Ao empregar técnicas cognitivas e comportamentais, os pacientes são incentivados a reavaliar suas percepções sobre dor e sofrimento, reduzindo a ansiedade e a depressão, e promovendo um maior senso de controle e aceitação (Castro; Barroso, 2012).

A terminalidade é marcada por intensas emoções e desafios psicológicos. A TCC, por meio da reestruturação cognitiva, ajuda os pacientes a desafiar pensamentos automáticos negativos e a desenvolver uma perspectiva mais equilibrada. Essa abordagem fomenta a aceitação da terminalidade, promovendo o reconhecimento de momentos significativos, melhorando a comunicação com entes queridos e auxiliando na preparação emocional para a morte. Estudos indicam que intervenções de TCC podem reduzir sintomas de depressão e ansiedade em pacientes terminais, melhorando sua QV e promovendo uma experiência de final de vida mais serena (Castro; Barroso, 2012).

Entre as técnicas aplicáveis da TCC no contexto paliativo, destacam-se a psicoeducação, a reestruturação cognitiva e o treino de habilidades sociais. A psicoeducação esclarece aos pacientes e familiares a natureza da dor e suas formas de controle. A reestruturação cognitiva corrige pensamentos distorcidos sobre a morte e a dor, promovendo uma visão mais adaptativa. O treino de habilidades sociais e assertividade encoraja os pacientes a expressar sentimentos de maneira saudável, permitindo uma maior participação social. Técnicas de relaxamento, como respiração profunda e imaginação dirigida, são igualmente eficazes para aliviar tensão e ansiedade. Quando ensinadas aos cuidadores, essas técnicas garantem suporte contínuo no ambiente domiciliar, enquanto estratégias de distração, como o uso de música, reduzem a percepção da dor, proporcionando maior bem-estar ao paciente (Castro; Barroso, 2012).

A TCC, amplamente validada, mostra-se uma abordagem eficaz em CP, contribuindo significativamente para o controle da dor e do sofrimento em

pacientes com doenças graves. A dor, nesse contexto, não é apenas física, mas está atrelada ao medo da morte e à desintegração emocional e social. A experiência do adoecimento afeta tanto o paciente quanto seus familiares, e a TCC auxilia na reorganização familiar e no manejo da dor, promovendo um senso de controle que diminui sua percepção. Técnicas como a reestruturação cognitiva, treino assertivo e relaxamento são cruciais nesse processo. A psicoeducação permite que o paciente compreenda sua dor e se torne ativo no tratamento, enquanto o treino assertivo facilita a expressão adequada de sentimentos, e o relaxamento diminui a tensão física e mental. A TCC também fortalece as relações familiares e promove a comunicação entre pacientes e equipe de saúde, facilitando a aceitação do diagnóstico e a adesão ao tratamento. Em suma, a TCC auxilia o paciente a ressignificar sua vida, proporcionando-lhe maior controle sobre sua condição e alívio do sofrimento, promovendo, assim, uma melhor QV, mesmo em estágios avançados da doença (Castro; Barroso, 2012).

A atuação do psicólogo na TCC no contexto de pacientes com dor crônica é fundamental, pois essa abordagem foca na identificação e modificação de crenças disfuncionais que amplificam a percepção da dor. A dor crônica não é apenas uma experiência física, mas também psicológica, influenciada por pensamentos, emoções e comportamentos do paciente. A TCC, por meio da reestruturação cognitiva, visa modificar pensamentos automáticos negativos e crenças profundas sobre a dor, que muitas vezes levam a comportamentos de evitação e sensação de impotência. Técnicas como o treino de relaxamento e distração cognitiva ajudam a reduzir o foco constante na dor, enquanto a psicoeducação capacita o paciente a compreender melhor sua condição e a desenvolver estratégias mais saudáveis de enfrentamento. Estudos demonstram que a TCC é eficaz porque promove uma mudança na forma como o paciente interpreta a dor, reduzindo sintomas de ansiedade, depressão e melhorando a QV. Além disso, a abordagem auxilia na adesão ao tratamento e na redução da incapacidade funcional, fatores cruciais para o manejo da dor crônica (Barros; Duarte; Lopes, 2014).

A relação entre CP e a TCC tem se mostrado uma abordagem eficaz para mitigar o sofrimento emocional e físico de pacientes em estágios avançados de

doenças. O estudo de Castro e Barroso (2012) revela dados significativos ao aplicar a TCC em 50 pacientes com doenças crônicas avançadas, evidenciando que 72% relataram redução substancial da dor, enquanto 68% apresentaram diminuição dos níveis de ansiedade e depressão. As técnicas utilizadas incluíram psicoeducação, reestruturação cognitiva, relaxamento muscular progressivo e imaginação dirigida. A reestruturação cognitiva, em particular, destacou-se por permitir que os pacientes reinterpretassem suas condições de saúde de modo mais funcional, resultando em melhorias expressivas na qualidade de vida (Castro; Barroso, 2012).

Além do controle da dor, a pesquisa também demonstra impactos positivos da TCC na dinâmica familiar e na comunicação com a equipe de saúde. Cerca de 70% dos pacientes relataram melhora significativa na interação com familiares, enquanto 64% das famílias notaram aumento no suporte emocional e redução de conflitos. A psicoeducação, por sua vez, preparou 85% dos participantes para enfrentar os desafios do tratamento, reforçando a importância de intervenções que considerem tanto os aspectos psicológicos quanto sociais da doença (Castro; Barroso, 2012).

A integração da TCC com CP precoces tem se mostrado promissora na melhoria da QV em pacientes com câncer avançado. No entanto, o estudo de do Carmo et al. (2017) revelou que, embora tenha havido melhorias no funcionamento emocional, a intervenção não foi eficaz na redução dos sintomas depressivos, com efeito negativo de -0,74 no 90º dia de avaliação. Isso pode ter ocorrido devido ao momento da intervenção, logo após o diagnóstico de progressão da doença, quando a carga emocional dos pacientes era mais intensa. Esses achados indicam que, para otimizar seus benefícios, o *timing* da TCC deve ser ajustado, aplicando-a de forma mais apropriada ao estado emocional do paciente (do Carmo et al., 2017).

Apesar dessa limitação, o estudo mostrou que a combinação da TCC com CP resultou em uma melhora moderada no funcionamento emocional dos pacientes, com efeito de -0,66. Ademais, 78,9% dos pacientes completaram todas as sessões e 63,4% participaram de ao menos cinco consultas, demonstrando engajamento significativo. Isso destaca a relevância de uma abordagem interdisciplinar, que aborde não apenas as necessidades clínicas,

mas também os aspectos emocionais e psicológicos dos pacientes com câncer avançado (do Carmo *et al.*, 2017).

A eficácia da TCC no manejo de ansiedade em pacientes com câncer avançado também foi evidenciada por Moorey *et al.* (2008), que observaram, após 16 semanas, uma redução significativa nos níveis de ansiedade em 19% dos pacientes atendidos por enfermeiros treinados em TCC, em comparação a 56% do grupo controle. Entretanto, os resultados para depressão não foram tão expressivos, possivelmente devido às limitações das escalas utilizadas, como a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), que pode não ser sensível o suficiente para captar mudanças em pacientes terminais (Moorey *et al.*, 2008).

O estudo *Psychosocial Interventions for Pain Management in Advanced Cancer Patients: a Systematic Review and Meta-analysis* (Warth *et al.*, 2020) reafirma a relevância da TCC no manejo da dor em pacientes oncológicos avançados. A intervenção reduziu significativamente a intensidade da dor e sua interferência nas atividades diárias, demonstrando a eficácia da TCC tanto no alívio da dor quanto na melhoria da QV emocional e funcional. A meta-análise revelou um efeito moderado na redução da dor ( $d = -0,29$ ), sugerindo que intervenções psicossociais, especialmente as que incluem TCC, têm impacto positivo, com melhores resultados observados em intervenções presenciais (Warth *et al.*, 2020).

Teo *et al.* (2020) investigaram a TCC em pacientes com câncer colorretal avançado, evidenciando que, embora a intervenção não tenha reduzido significativamente o sofrimento psicológico geral, houve aumento expressivo na autoeficácia dos pacientes, com 66% apresentando redução nas pontuações de sofrimento. Esses resultados indicam que a TCC pode ser particularmente eficaz quando aplicada a pacientes com níveis elevados de sofrimento, reforçando a necessidade de triagem adequada para direcionar melhor as intervenções terapêuticas (Teo *et al.*, 2020).

A Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (CBGT) demonstrou eficácia na redução de sintomas de luto complicado em familiares de pacientes oncológicos. Lacasta e Cruzado (2023) observaram que 81,1% dos participantes submetidos à CBGT não apresentavam mais luto complicado após 12 meses, em contraste com 31,7% no grupo controle. A abordagem focou na aceitação da

perda, regulação emocional e ativação comportamental, com impacto significativo na redução dos níveis de depressão e ansiedade, reforçando a necessidade de incluir intervenções psicológicas estruturadas nos CP (Lacasta; Cruzado, 2023).

#### 4.3A TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO E OS CUIDADOS PALIATIVOS

Nas décadas seguintes, a TCC passou por várias atualizações até dar origem ao que se convencionou chamar de terapias de terceira onda, que introduzem novos elementos como aceitação, *mindfulness* e o foco no contexto e na função dos comportamentos. Entre essas terapias de terceira onda, destaca-se a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). A ACT se concentra em ajudar os indivíduos a aceitar o sofrimento inevitável enquanto se comprometem a viver de acordo com seus valores, usando *mindfulness* como uma ferramenta essencial. (Rodrigues, 2017).

Nesse interim, o estudo de Serfaty et al. (2019) exemplifica sua aplicação, mostrando que 42 pacientes com câncer avançado que participaram de sessões de ACT relataram melhorias na QV e satisfação com o tratamento. Embora o foco não tenha sido em resultados clínicos rigorosos, a aceitação da terapia pelos pacientes e sua viabilidade no contexto paliativo reforçam seu potencial em melhorar o bem-estar emocional e psicológico (Serfaty et al., 2019).

A relação entre o bem-estar de profissionais de saúde em CP também foi explorada por Finucane et al. (2023), que revelaram melhorias significativas na flexibilidade psicológica dos participantes, com um aumento moderado no bem-estar mental (Cohen's  $d = 0,49$ ) e redução no estresse (Cohen's  $d = -0,34$ ). A intervenção foi especialmente útil na promoção de autocuidado e autorreflexão, ajudando os profissionais a gerenciar o estresse diário e enfrentar situações emocionalmente desafiadoras, como conversas difíceis e o acompanhamento de pacientes terminais (Finucane et al., 2023).

Ademais, a ACT tem emergido como uma ferramenta relevante na gestão de sintomas psicológicos em pacientes terminais, proporcionando melhor enfrentamento do sofrimento emocional. O estudo de Gibson Watt et al. (2023)

demonstrou que a ACT melhorou significativamente a flexibilidade psicológica, a qualidade do sono e reduziu o sofrimento emocional em pacientes com câncer avançado. Além disso, a ACT mostrou ser eficaz na promoção do bem-estar dos profissionais de saúde, reduzindo os níveis de estresse e *burnout*, o que reforça sua utilidade tanto para pacientes quanto para a equipe envolvida nos CP (Gibson Watt *et al.*, 2023).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos revisados sobre a relação entre a TCC e os CP revelam que a TCC é uma abordagem eficaz no manejo do sofrimento emocional e físico de pacientes com doenças crônicas avançadas. Técnicas como reestruturação cognitiva, psicoeducação e relaxamento progressivo mostraram-se eficazes na redução de sintomas de ansiedade, depressão e, especialmente, na modificação da percepção da dor.

Em pacientes com câncer e outras condições ameaçadoras da vida, essas intervenções proporcionaram uma melhora significativa na qualidade de vida, promovendo maior aceitação da terminalidade e uma abordagem mais funcional do sofrimento. Além disso, a aplicação da TCC ajudou a melhorar a comunicação entre pacientes e familiares, promovendo um suporte emocional mais robusto e diminuindo os conflitos no contexto familiar. No entanto, a eficácia variou dependendo do estado emocional do paciente e do momento da intervenção, destacando a importância de ajustar o *timing* das sessões para otimizar os benefícios.

Apesar dos resultados promissores, os materiais consultados apontaram algumas limitações como a falta de estudos nacionais sobre a integração da TCC nos CP o que limita a aplicabilidade direta ao contexto brasileiro devido às diferenças culturais e estruturais; os efeitos sobre sintomas depressivos sugerem serem menos consistentes quando comparados as intervenções para o manejo da dor e da ansiedade. Outro ponto a ser considerado é que a maioria das pesquisas revisadas se concentrou em intervenções psicossociais gerais, com poucas investigações empíricas focadas exclusivamente na TCC em CP. Esses fatores apontam para a necessidade de mais estudos controlados e

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 7, n. 12, p.685-710, jul./dez. 2025 – ISSN 2674-9483.**

adaptados ao contexto local, para melhor explorar o potencial da TCC em ambientes de cuidados paliativos.

Outra limitação relevante está relacionada ao método de pesquisa utilizado neste estudo. A revisão de literatura, embora ofereça uma visão ampla das contribuições da TCC, apresenta limitações quanto à avaliação direta dos efeitos em populações específicas. Estudos empíricos controlados e randomizados ainda são escassos, especialmente no Brasil, e há uma necessidade de mais pesquisas que analisem diretamente a eficácia da TCC nos CP. A aplicação de estudos de campo pode ajudar a validar os achados e aprimorar a prática da TCC nesse contexto tão delicado.

Em suma, a TCC tem o potencial de melhorar significativamente o suporte psicológico oferecido a pacientes paliativos. No entanto, para garantir uma implementação eficaz, é imprescindível que as barreiras culturais e metodológicas sejam superadas, através de estudos mais amplos e adaptados ao contexto nacional. Ao desenvolver abordagens mais inclusivas e culturalmente sensíveis, espera-se que a TCC continue a se afirmar como uma ferramenta crucial para a promoção do bem-estar psicológico em pacientes terminais.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>. Acesso em: 01 out. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. de texto. Washington, DC: Associação Psiquiátrica Americana, 2022. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 01 out. 2024.

ANN-YI, S.; BRUERA, E. Psychological aspects of care in cancer patients in the last weeks/days of life. **Cancer Research and Treatment**, v. 54, n. 3, p. 651-660, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4143/crt.2022.116>. Acesso em: 22 set. 2024.

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 7, n. 12, p.685-710, jul./dez. 2025 – ISSN 2674-9483.**

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente:** da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977. Disponível em: <https://pdfcoffee.com/aries-philippe-historia-da-morte-no-ocidente-pdf-free.html>. Acesso em: 22 set. 2024.

BARROS, J. R. F.; DUARTE, M. G. de O.; LOPES, A. P. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento de pacientes com dor crônica. **Cadernos de Graduação**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 77-90, nov. 2014. Disponível em: [periodicos.set.edu.br](http://periodicos.set.edu.br). Acesso em: 22 set. 2024.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental:** teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7629190/mod\\_resource/content/1/Beck%20J.%20%282014%29.%20Cap.%201%20a%203.%20In%20J.%20Beck.%20Teoria%20cognitiva%20teoria%20e%20prática%20%283ª%20ed.%29.%20Artmed](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7629190/mod_resource/content/1/Beck%20J.%20%282014%29.%20Cap.%201%20a%203.%20In%20J.%20Beck.%20Teoria%20cognitiva%20teoria%20e%20prática%20%283ª%20ed.%29.%20Artmed). Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 31 out. 2018. Seção 1, p. 276. Disponível em: <https://proadi-sus.org.br/manual-cuidados-paliativos.pdf>. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 22 maio 2024. p. 215. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/05/2024&jornal=515&pagina=215&totalArquivos=253>. Acesso em: 31 out. 2024.

CASTRO, M. M.C; BARROSO, C. L. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental nos cuidados paliativos. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, dez. 2012. 1(1): 101-108. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/48>. Acesso em: 22 set. 2024.

**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.** Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 30 Nov 2023.

CHOCHINOV, H. M.; BREITBART, W. **Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine.** Oxford: Oxford University Press, 2000. Disponível em: <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/24094/1/253.pdf>. Acesso em: 30 Nov 2023.

D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares, et al. **Manual de cuidados paliativos.** 2. ed. revisada e ampliada. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da **CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 7, n. 12, p.685-710, jul./dez. 2025 – ISSN 2674-9483.**

Saúde, 2023. <https://proadi-sus.org.br/manual-cuidados-paliativos.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024.

DO CARMO, Thamires Monteiro; PAIVA, Bianca Sakamoto Ribeiro; OLIVEIRA, Cleyton Zanardo de; NASCIMENTO, Maria Salete de Angelis; PAIVA, Carlos Eduardo. **The feasibility and benefit of a brief psychosocial intervention in addition to early palliative care in patients with advanced cancer to reduce depressive symptoms: a pilot randomized controlled clinical trial.** BMC Cancer, [S. l.], v. 17, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3560-6>. Acesso em: 12 set. 2024.

FERREIRA, M. **Paciente, família e equipe: aspectos psicológicos nos cuidados paliativos.** 2011. 46f. Monografia (Especialização em Psicologia e Saúde) –Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/37494/37494.PDF>. Acesso em: 12 set. 2024.

FINUCANE, Anne M.; HULBERT-WILLIAMS, Nicholas J.; SWASH, Brooke; SPILLER, Juliet A.; WRIGHT, Brigid; MILTON, Libby; GILLANDERS, David. Feasibility of RESTORE: An online Acceptance and Commitment Therapy intervention to improve palliative care staff wellbeing. **Palliative Medicine**, v. 37, n. 2, p. 244-256, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/02692163221143817>. Acesso em: 15 maio 2024.

GIBSON WATT, T.; GILLANDERS, D.; SPILLER, J. A.; FINUCANE, A. M. Acceptance and Commitment Therapy for people with advanced progressive illness, their caregivers and staff involved in their care: A scoping review. **Palliative Medicine**, v. 37, n. 8, p. 1100-1128, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/02692163231183101>. Acesso em: 12 set. 2024.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B.. **Cuidados paliativos.** Estudos Avançados, v. 30, n. 88, p. 155–166, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gvDg7kRRbzdfXfr8CsvBbXL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2024.

GONÇALVES, S. M. G. **O luto em cuidados paliativos: uma realidade a ser vivida.** 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/8899>. Acesso em: 12 set. 2024.

HOFFMANN, L. B.; SANTOS, A. B. B.; CARVALHO, R. T. **Sentidos de vida e morte: reflexões de pacientes em cuidados paliativos.** Psicologia USP, v. 32, p. e180037, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/tQ8sz8VyWbGJyKWMBLrmv9R/#>. Acesso em: 28 maio 2024.

LACASTA, M. A.; CRUZADO, J. A. **Effectiveness of a cognitive–behavioral group therapy for complicated grief in relatives of patients with cancer: A randomized clinical trial.** Palliative and Supportive Care, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S147895152300010X>. Acesso em: 12 set. 2024.

MOOREY, S. et al. **A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer.** Psychological Medicine, Cambridge University Press, v. 38, n. 9, p. 1419-1427, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291708004169>. Acesso em: 15 maio 2024.

OLIVEIRA, Carlos E. Elias de. **Diretiva Antecipada de Vontade Lato Sensu:** o que deve acontecer com a vida, o corpo e o patrimônio no caso de perda de lucidez ou de morte? Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado, agosto 2023 (Texto para Discussão nº 320). Disponível em: <[www.senado.leg.br/estudos](http://www.senado.leg.br/estudos)>. Acesso em: 27 out. 2024.

OLIVESKI, C. C. et al. Experiência de famílias frente ao adoecimento por câncer em cuidados paliativos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 30, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0669>. Acesso em: 22 set. 2024.

KOVÁCS, M. J. A caminho da morte com dignidade no século XXI. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, pp. 94-104, jan. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QmChHDv9zRZ7CGwncn4SV9j/>. Acesso em: 28 maio 2024.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. Disponível em: [https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/48564/mod\\_resource/content/1/Texto%20base.pdf](https://cursosextensao.usp.br/pluginfile.php/48564/mod_resource/content/1/Texto%20base.pdf). Acesso em: 28 maio 2024.

SERFATY, M. et al. **Acceptance and commitment therapy for adults with advanced cancer (CanACT):** A feasibility randomised controlled trial. Psychooncology, v. 28, n. 3, p. 488-496, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.4960>. Acesso em: 10 set. 2024.

STRADA, E. A. **Grief, Demoralization, and Depression:** Diagnostic Challenges and Treatment Modalities. Primary Psychiatry, v. 16, p. 49-55, 2009. Disponível em: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=98b811ad5e7605ae60e446769d73fb08a2b3eebe>. Acesso em: 27 out. 2024.

STROEBE, M.; SCHUT, H. **The dual process model of coping with bereavement:** rationale and description. 1999. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/074811899201046>. Acesso em: 10 set. 2024.

PAIVA, C. F.; SANTOS, T. C. F.; COSTA, L. M. C.; ALMEIDA-FILHO, A. J. Trajetória dos Cuidados Paliativos no mundo e no Brasil. In: PADILHA, M. I.; SANTOS, T. C. F.; ALMEIDA-FILHO, A. J. (Orgs.). **Potencial interdisciplinar da enfermagem:** histórias para refletir sobre o tempo presente. Brasília: ABEn, 2022. pp. 41-49. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/07/e9-historia-cap4.pdf>. Acesso em: 10 set. 2024.

PALMEIRA, H. M., SCORSOLINI-COMIN, F., ; PERES, R. S. (2011). **Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica**. Aletheia, 35-36, 179-189. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942011000200014](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200014). Acesso em: 11 set. 2024.

PIMENTA, Sofia; CAPELAS, Manuel Luís. A abordagem do luto em cuidados paliativos. **Cadernos de Saúde**, Lisboa, v. 11, n. 1, p. 5-18, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>. Acesso em: 11 set. 2024.

PORTO, G.; LUSTOSA, M. A. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Revista SBPH**, v. 13, n. 1, pp. 76-93, 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007). Acesso em: 15 maio 2024.

RODRIGUES, Luiz Eduardo Barcellos. **Terapia comportamental dialética e terapia de aceitação e compromisso: uma introdução para profissionais da saúde mental**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/218407>. Acesso em: 15 maio 2024.

ROTHER, E. T.. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v–vi, abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2024.

TEO, Irene; TAN, Yee Pin; FINKELSTEIN, Eric A.; YANG, Grace Meijuan; PAN, Fang Ting; LEW, Henry Yuen Foong; CHEUNG, Yin Bun. **The feasibility and acceptability of a cognitive behavioral therapy-based intervention for patients with advanced colorectal cancer**. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 60, n. 6, p. 1200-1207, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.016>. Acesso em: 15 maio 2024.

UGIONI, Stefani da Silveira. **Os fazeres do psicólogo nos cuidados paliativos**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2020. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/7939>. Acesso em: 15 maio 2024.

WARTH, M.; ZÖLLER, J.; KÖHLER, F.; AGUILAR-RAAB, C.; KESSLER, J.; DITZEN, B. Psychosocial interventions for pain management in advanced cancer patients: a systematic review and meta-analysis. **Palliative Medicine**, v. 22, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11912-020-0870-7>. Acesso em: 15 maio 2024.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)**. Palliative care. 2020.

**CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 7, n. 12, p.685-710, jul./dez. 2025 – ISSN 2674-9483.**

Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.  
Acesso em: 11 set. 2024.