



**FACULDADE DE SINOP
CURSO DE PSICOLOGIA**

ELAINE CRISTINA CUNHA

**OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE DIAGNOSTICADO
COM CÂNCER SOB OS BENEFÍCIOS DA PSICO-ONCOLOGIA**

**Sinop/MT
2018**

ELAINE CRISTINA CUNHA

**OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE DIAGNOSTICADO
COM CÂNCER SOB OS BENEFÍCIOS DA PSICO-ONCOLOGIA**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Sinop - FASIPE, como requisito para aprovação no 10º semestre de Psicologia.

Orientador (a): Prof. Esp. Rafael Alexandre Prado

ELAINE CRISTINA CUNHA

**OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE DIAGNOSTICADO
COM CÂNCER SOB OS BENEFÍCIOS DA PSICO-ONCOLOGIA**

Trabalho de Conclusão Científica apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Psicologia – FASIPE - Faculdade de Sinop, como requisito para graduação no curso de Psicologia.

Aprovado em ____/____/2018.

Professor (a) Esp. Rafael Alexandre Prado

Orientador

Departamento de Psicologia - FASIPE - Faculdade de Sinop

Professor (a)

Avaliador

Departamento de Psicologia - FASIPE - Faculdade de Sinop

Professor (a)

Avaliador

Departamento de Psicologia - FASIPE - Faculdade de Sinop

Professor (a) Cleoní Carmen Regauer

Coordenador do Curso de Psicologia - FASIPE - Faculdade de Sinop

DEDICATÓRIA

A minha família, em especial à minha mãe Maria Cecília Fonseca, por ser minha maior fonte de motivação;

A minha amiga Bruna Bezerra de Alcântara, cuja história de vida é uma fonte de inspiração e superação;

A minha grande amiga, Edilene Kessy de Jesus Silva, com todo meu carinho, diante deste momento de enfrentamento da doença.

A Dell Ribeiro, que lutou o bom combate, com todas as suas forças e sua grande fé;

A todos aqueles que vivenciam a luta diária contra o câncer, pacientes, familiares, equipes de atendimento.

AGRADECIMENTOS

-Acima de tudo a Deus, pelo sonho que plantou em meu coração sustentando-me em todos os momentos de minha vida;

-Ao professor orientador, que colaborou muito para meu aprendizado e na conclusão deste importante estudo;

-A todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, e permitiram o enriquecimento de minha aprendizagem.

EPÍGRAFE

“Cuidar é dar lugar dentro de mim ao sofrimento do outro”.

Donald Woods Winnicott

CUNHA, Elaine Cristina. **Os Impactos psicológicos do paciente com câncer sob os benefícios da Psico-Oncologia**. 2018. 63p. Monografia de Conclusão de Curso - FASIPE – Faculdade de Sinop.

RESUMO

A presente formulação científica teve como principal objetivo analisar sobre os impactos psicológicos em paciente com câncer percebendo os benefícios da Psico-Oncologia. Para que tal estudo fosse desenvolvido, a pesquisa foi estruturada por meio do método de natureza básica, com abordagem qualitativa, sob o ponto de vista exploratório, utilizando-se de um estudo de caso. O estudo também contou com conceitos de renomados autores que tratam sobre o assunto e que possibilitaram a formulação deste conhecimento. Para o desenvolvimento deste, foi apresentado os impactos psicológicos causados no ato do descobrimento e, posteriormente, durante o tratamento do câncer percebendo como o sofrimento pode ser minimizado através do atendimento psicológico específico, chamado de Psico-Oncologia. No decorrer do trabalho, preocupou-se em explanar sobre quais são os benefícios que a Psico-Oncologia proporciona aos indivíduos diagnosticados, tanto de forma preventiva, como em processos de adesão a tratamentos, em procedimentos pré ou pós cirúrgicos ou de recuperação. Além disso, também objetivou-se salientar sobre a importância do psicólogo no âmbito hospitalar. Foi revelado ainda, sobre o suporte psicológico, esclarecendo que este acontece focado no indivíduo e não em sua doença, visando a humanização, reestruturação e qualidade de vida do indivíduo diagnosticado. Por fim, contempla-se discussão fundamentado por estudo de caso, através da aplicação de um questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, onde também foram consideradas para análise, as falas dos participantes durante o preenchimento do questionário, a fim de elencar informações importantes acerca da pesquisa proposta.

Palavras-chave: Câncer. Impactos. Psico-Oncologia.

CUNHA, Elaine Cristina. **The Psychological Impacts of the Cancer Patient Under the Benefits of Psycho-Oncology**. 2018. 63p. Course Monograph Conclusion – FASIPE – College of Sinop.

ABSTRACT

The major purpose of this study is to analyze the psychological impact in patients with cancer, understanding the benefits of psycho-oncology. In order to develop it, the research was structured through a basic nature method, with qualitative approach, from an exploratory point of view, making use of a case study. This study also counted with concepts from renowned authors who work with this subject making it possible to formulate this knowledge. For its development, it was presented the psychological impacts caused on the discovery of the disease and, later on during the treatment, understanding how the suffering can be minimized through an specific psychological care, called Psycho-oncology. During the research, it was sought to explain about the benefits that the Psycho-oncology brings to the diagnosed individuals, as a preventive measure, as well as in treatment accession processes in pre or post-surgical or in patients in recovery. In addition, it also aimed to point out about the importance of a Psychologist in hospital environments. It was also shown, about the psychological help, clarifying that it is focused on the patient not on the disease, aiming the humanization, restructuring and life quality of the diagnosed individual. Finally there is a discussion based on a case study, through the application of a semi-structured questionnaire, containing open and closed questions, in which it was also considered for the analysis, the participants' speech while filling out the questionnaire, in order to list important informations about the proposed research.

Key words: Cancer. Impacts. Psycho-oncology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Questionário Aplicado	43
Figura 1: Continuação	44
Figura 2: Questão 4: O que aconteceu quando você recebeu o diagnóstico de câncer?	45
Figura 3: Questão 5: Quais dessas fases abaixo você acredita ter passado durante a convivência com o câncer?	46
Figura 4: Questão 8: Como sua família e as pessoas próximas se comportaram após saberem que você estava com câncer?	46
Figura 5: Questão 10: Quais tratamentos você já fez ou ainda terá que fazer?.....	47
Figura 6: Questão 14: Para participar dos tratamentos, você precisou?.....	47
Figura 7: Questão 19: Como você enfrentou/enfrenta a doença?	47
Figura 8: Questão 20- Como você avalia as equipes e os locais de atendimento (clínicas ou hospitais) onde fez seus procedimentos?.....	48
Figura 9: Questão 21- O que você considera como maior impacto psicológico sofrido desde o dia que recebeu o diagnóstico até hoje?	48
Figura 10: Questão 22- Na sua opinião, qual o maior benefício que o atendimento psicológico pode trazer para um paciente diagnosticado de câncer?	48

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1.1 Justificativa	12
1.2 Problematização	13
1.3 Hipóteses	14
1.4 Objetivos	14
1.4.1 Objetivo geral	14
1.4.2 Objetivos específicos	14
REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Breve Relato Geral da História da Psicologia	15
2.2 A Psicologia no Ambiente Hospitalar: Denominações e formas de atuação	17
2.3 Considerações sobre o Câncer e os impactos psicológicos	18
2.3.1 Paciente <i>versus</i> o câncer	21
2.3.2 Reações do paciente diagnosticado frente ao perigo real ou imaginário da morte.....	23
2.4 Definições sobre a Psico-Oncologia dentro do contexto histórico da Psicologia	25
2.4.1 As formas de atuação da Psico-Oncologia	28
2.4.2 Alguns desafios encontrados pela Psico-Oncologia.....	29
2.5 Benefícios obtidos a partir da intervenção da Psico-Oncologia	31
2.5.1 Autoestima <i>versus</i> patologia.....	31
2.5.2 Qualidade de vida de pacientes diagnosticados.....	33
2.5.3 Exemplos de casos de benefícios em relação à qualidade de vida	35
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
3.1 Tipo de Pesquisa	38
3.2 População e Amostra	39
3.3 Coleta de dados	39
ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICE	56

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o ser humano necessita de apoio psicológico em diversos momentos importantes de sua vida, ainda mais quando este indivíduo recebe algum tipo de resposta médica, como neste caso, o temido diagnóstico de câncer. Durante este difícil processo que se inicia, essas primeiras informações certamente começam a nortear todo o processo de vivência desse paciente. São mudanças graduais e significativas, que agem fisicamente e psicologicamente, tanto para si, como para aqueles que convivem com o mesmo. Cada caso é considerado único. Essas mudanças impactantes após o diagnóstico o acompanharão pelo resto de sua vida, pois terão atuação imediata em todos os aspectos subjetivos deste indivíduo.

Para o sujeito diagnosticado, neste momento de profundas mudanças, não basta apenas perceber-se doente ou descobrir qual é o tipo ou estágio da doença, mas há ainda algo tão importante quanto o diagnóstico, que neste caso, trata-se da forma como esse indivíduo recebeu as primeiras notícias, e como ele vai lidar com isso tudo.

De fato, ocorre que o câncer não acomete somente ao paciente, mas sim a todos aqueles com quem ele se relaciona, direta ou indiretamente. É comum que estas pessoas mais próximas, se elas também não passarem por algum tipo de acompanhamento psicológico adequado, devido ao grande desgaste emocional, físico e financeiro que precisam se submeter, podem até mesmo atrapalhar ou prejudicar todo o tratamento deste ente fragilizado, de forma que todos sintam-se enfraquecidos diante da incapacidade de enfrentamento da doença junto ao paciente. Tudo isso implica na redução da qualidade de vida do sujeito acometido em ambos aspectos, tais como: humor deprimido, perda da autoestima, ansiedade, preocupação, despersonalização, perda de autonomia, estados de depressão, isolamento, falta de esperança em relação ao presente e às possibilidades de cura, além de outros fatores prejudiciais (CARVALHO et al.,2008, p.271).

Portanto, a figura do psicólogo surge com um amparo, um ponto de equilíbrio tanto para o paciente quanto para os familiares, pois todos os envolvidos precisam lidar diariamente com a incapacidade e velocidade com que a doença age. Com isso, favorece-se a ocorrência da

desesperança, da ansiedade e o desencadeamento de outros problemas psicossomáticos ao paciente, pois dependendo do caso, todos precisam estar preparados para lidar também com as notícias desanimadoras.

Diante disso, a atuação do psicólogo dentro do contexto oncológico teve sua maior contribuição através da inserção da Psico-Oncologia nos hospitais, clínicas de reabilitação e casas de acolhimento ao paciente e familiares. Ela surgiu após muitos médicos que atuavam com pacientes oncológicos reconhecerem que havia a necessidade de um auxílio especializado atuante neste campo marcado por fortes impactos advindos da doença. Estes profissionais perceberam que a ação da psicologia aplicada aos pacientes diagnosticados com câncer, funcionou como um suporte ao paciente nos atendimentos pós diagnósticos, colaborando para a melhora da qualidade de vida do paciente mediante aos tratamentos necessários, tais como quimioterapia, radioterapia, nos processos de pré ou pós cirurgias, assim como no convívio permanente com a doença em casos terminais. Logo, “tornou-se necessário desenvolver técnicas de abordagem psicológica na área da saúde que pudessem melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, e também garantissem sua participação ativa em todo os processos de tratamento” (KOVACS; FRANCO; CARVALHO, 2008, p.18).

Sendo assim, o presente estudo objetiva identificar e analisar os impactos sofridos por pacientes diagnosticados com câncer, saber quais os benefícios que a Psico-Oncologia pode propiciar ao paciente oncológico e de que forma este tipo atendimento psicológico contribui para melhoria da qualidade de vida dos pacientes diagnosticados.

1.1 Justificativa

Compreende-se que o presente tema se caracteriza como sendo atual e de grande valia, por contemplar conhecimentos que colaboram para amenizar o sofrimento psicológico de pessoas diagnosticadas com câncer e também, por se fazer tão presente em nosso meio.

O assunto em questão, permite conhecer os benefícios que a Psico-Oncologia pode contribuir ao paciente com câncer, a partir do momento em que ele recebe o diagnóstico, visando minimizar os impactos iniciais, bem como ajudar na diminuição dos impactos no decorrer de todo o convívio e combate ao câncer.

Assim, fica possibilitado ao profissional de psicologia colaborar para que o paciente tenha uma qualidade de vida adequada para o estágio em que se encontra, por conta de sua enfermidade. O psico-oncologista, pode atuar tanto na rede pública, quanto na rede privada ou até mesmo realizando trabalhos domiciliares.

Logo, como é crescente o número de pessoas afetadas, “Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer” (INCA, 2018, p.25). Devido a estes fatos, aumenta-se também a necessidade de mais profissionais atuantes nessa área.

Sendo assim, a Psico-Oncologia tornou-se uma nova área a ser explorada por profissionais de psicologia, dentro do contexto oncológico. Dessa forma, o presente estudo apresenta algumas dessas aplicações e benefícios que podem ser proporcionados através do atendimento psicológico diante de todos os impactos sofridos pelo paciente diagnosticado com câncer, com o intuito de também fomentar interesses para que haja novas pesquisas sobre o assunto, visando acima de tudo, maneiras de colaborar para o bem-estar desses pacientes.

1.2 Problematização

No momento em que se depara com uma resposta médica, que vem preencher as lacunas de dúvidas que foram geradas a partir de exames de rotina ou até mesmo por exames mais aprofundados, este indivíduo ao ser diagnosticado parece “perder o chão”. Inicia-se então, às dúvidas em relação ao futuro, principalmente pelo estigma que a palavra “câncer” carrega, levando-o às somatizações causadas pelo medo e angústia, que nesse dado momento permeiam sua mente, pois para realizar os tratamentos devidos, sabe-se que acabará passando por afastamentos sociais e que também não poderá usufruir totalmente de suas capacidades laborativas, gerando assim grandes abalos psicológicos tanto pela notícia inesperada e indesejada, como também pelas mudanças irreversíveis que o câncer trará nos aspectos pessoais, sociais, psicológicos e físicos deste sujeito. Faz-se então necessário que o psicólogo possa amparar, compreender e auxiliar aos pacientes dentro de cada demanda apresentada.

Diante disso, sabe-se que o nome câncer estava diretamente associado à morte devido a muitas questões, mas principalmente porque no passado as pessoas recebiam seus diagnósticos quando o estágio da doença já estava avançado, sendo poucas vezes detectado em ações preventivas, pois essas ações não eram comuns.

Pretende-se com este estudo, apresentar informações acerca da Psico-Oncologia e sua importância para o oferecimento da qualidade de vida aos pacientes com câncer, diminuindo os impactos psicológicos causados pós diagnóstico, tratamento e convívio com a doença. Desse modo, a realização do trabalho se orienta a partir do seguinte questionamento:

Quais são os impactos sofridos pelos pacientes diagnosticados com câncer e de que forma a Psico-Oncologia pode contribuir para diminuir estes impactos?

1.3 Hipóteses

H.1 Pacientes que recebem atendimento psicológico adaptam-se melhor aos tratamentos necessários.

H.2 A presença de um profissional da Psicologia dentro do contexto de tratamento oncológico é de fundamental importância.

H.3 Indivíduos diagnosticados que tiveram acesso ao atendimento psicológico apresentaram aumento da autoestima e melhora da qualidade de vida.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Evidenciar os impactos psicológicos sofridos pelo paciente a partir do diagnóstico de câncer.

Evidenciar os benefícios da Psico-Oncologia ao paciente com câncer.

1.4.2 Objetivos específicos

- ✓ Descrever alguns fatores impactantes diante do recebimento do diagnóstico de câncer;
- ✓ Apresentar como se dá a relação entre o paciente e o câncer;
- ✓ Evidenciar a razão pela qual o psicólogo precisa estar inserido no contexto de tratamento oncológico;
- ✓ Discorrer sobre a Psico-Oncologia e quais benefícios ela proporciona, focando na melhora da qualidade de vida do paciente.

REVISÃO DE LITERATURA

Com a intenção de formular conhecimento acerca da Psico-Oncologia, propõe-se discussão bibliográfica por meio de renomados autores. Os temas relacionados à psicologia como: surgimento da Psico-Oncologia e suas aplicações, são discorridos evidenciando como ocorre a relação entre o paciente e o câncer. Neste momento, também será apresentado os demais impactos psicológicos sofridos a partir do diagnóstico de câncer, além de ser descrito alguns benefícios obtidos através da intervenção da Psico-Oncologia.

2.1 Breve Relato Geral da História da Psicologia

Percebe-se que antigamente era comum entre os povos a busca pelo saber. Desde então, procurou-se encontrá-lo através de áreas do conhecimento ligados à filosofia, religião, até mesmo através da arte e da ciência. A ciência é composta por uma série de fatores, os quais se destacam como objetos de estudo, onde: “ciência é todo um conjunto de atitudes e de atividades racionais, dirigida ao sistemático conhecimento com objetivo limitado, capaz de ser submetido à verificação” (FERRARI, 1974 apud PRODANOV; FREITAS, 2013, p.14).

Como a psicologia faz parte do conhecimento científico, ela possui uma base de sustentação, onde o foco do estudo é o ser humano. Porém, dentro da própria psicologia, se encontra pensamentos diferentes em relação ao foco central de estudo. Tudo porque existem as linhas teóricas que irão nortear a pesquisa, sendo que foco principal é o próprio ser humano, porém, dependendo da abordagem e do contexto, o foco pode variar entre o comportamento, o inconsciente, a personalidade e a consciência humana.

Essa diversidade de objetos da psicologia pode ter tido origem na própria história da mesma, pois como ela é uma ciência muito recente, nascida no final do século XIX, e também porque o foco principal está vinculado ao estudo do ser humano, sendo este um objeto de estudo em mudança constante ao longo do tempo.

Por outro lado, pode haver dificuldades na delimitação, ou na definição concreta do objeto de pesquisa devido ao fato do cientista se confundir com o objeto pesquisado, além disso,

é importante ter a percepção da subjetividade do indivíduo que também se encontra em fase de permanente formação.

Logo, algumas considerações se fazem necessárias para entender a Psicologia como ciência, onde uma delas é que, a Psicologia não faz uso de misticismo ou ideias religiosas, espiritualistas. Um grande marco, foi quando Wilhelm Wundt (1832-1926), criou o primeiro laboratório de experimentos em Psicofisiologia, em Leipzig na Alemanha, colaborando para que houvesse de fato, uma cisão entre a Psicologia e as outras ideias misticistas. Entretanto, a Psicologia, ao relacionar-se com estes outros saberes populares, precisa fazê-lo sem preconceitos.

Assim, Bock, Furtado e Teixeira (2009), buscam uma definição para a palavra Psicologia, nomeando a alma com o termo “*psyché*”, e para definir a razão, os autores usam a palavra “logia”. Entretanto, havia na Grécia antiga diversos filósofos pré-socráticos, que discutiam e acreditavam em teorias distintas sobre a relação do homem e o mundo, sobre sentimentos e percepções. Porém, somente Sócrates postulou que a principal característica que diferenciava o homem dos animais, era a razão. Dessa forma, Platão queria encontrar uma definição do local exato onde está situada a alma humana e foi ele quem sugeriu que a alma era algo diferente, separada do corpo e segundo ele, quando houvesse a morte de uma pessoa, seu corpo pereceria, porém, a alma ficaria livre para ocupar outro corpo. Entretanto, Aristóteles (384-322 a. C) definiu que corpo e alma não podem ser separados, pois para ele, a psique seria o princípio ativo da vida, e afirma ainda, que qualquer ser vivo possui alma, tanto plantas, quanto animais.

Já no período da Idade Média, Santo Agostinho compactuava do mesmo pensamento de Platão, no que se refere à questão de a alma ser separada do corpo. Para ele, a alma era uma prova da manifestação de Deus, e não somente relacionada à razão. Além disso, também neste contexto, São Tomás de Aquino, trouxe sua composição nesta época, baseado em Aristóteles, porém, diferindo dele em alguns aspectos, por ter acreditado que o homem durante sua busca pela perfeição, busca tão somente à Deus.

De fato, no período do Renascimento, após as navegações e grandes descobertas, o filósofo René Descartes (1596-1659), postulou que realmente há a separação do corpo e alma, e que o corpo sem a alma, seria apenas semelhante a uma máquina. O corpo era considerado algo sagrado pelas Igrejas, pois conforme pregavam, o corpo é o que abriga a alma.

Em meados do século XIX ocorreu a inserção da Psicologia como Ciência, sendo que neste período as questões antes estudadas pelos filósofos, também entram no campo de pesquisa da Fisiologia e da Neurofisiologia. Então, a psicologia teve sua estrutura formada com o

Funcionalismo de Willian James (1842-1927), o Estruturalismo, de Edward Titchener (1867-1927), e o Associacionismo, de Edward L. Thorndike (1874-1949). Logo vieram as linhas teóricas através de seus representantes e criadores principais, como a Psicanálise, com Sigmund Freud, o Behaviorismo, com Watson, e a Gestalt, que nasceu na Europa, a qual teve como seu representante Edmund Husserl (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2009).

Além disso, no Brasil a Psicologia é considerada como uma ciência recente no país. Logo, teve sua regulamentação através da Lei nº 4.119, do ano de 1962, conforme CFP- Conselho Federal de Psicologia. Seu surgimento foi muito importante, pois contribuiu para a modernização do país. Ela trouxe consigo grandiosíssimas contribuições, como por exemplo, os testes psicológicos, que foram desenvolvidos a partir da Segunda Guerra Mundial, e que posteriormente foram usados nos campos escolares, industriais e organizacionais em geral. Até hoje estes testes só são possíveis de serem aplicados por psicólogos, obedecendo critérios específicos delineados na resolução CFP N.º 25/2001.

Sendo assim, o psicólogo poderá atuar em diversas áreas, como escolas, empresas, hospitais, clínicas, penitenciárias, etc. O psicólogo precisa ser acessível e ter compromisso ético. Torna-se válido ressaltar que a Avaliação Psicológica é uma ferramenta única do Psicólogo. Somente os psicólogos podem aplicar e corrigir os testes psicológicos. Isso tudo prova que a psicologia exerce papéis importantes em todos os contextos onde atua.

2.2 A Psicologia no Ambiente Hospitalar: Denominações e formas de atuação

A Psicologia da Saúde é uma subespecialidade da área psicológica e a integralização do indivíduo como todo, sem dissociar o corpo da mente, visa compreender fatores biológicos, ligados ao comportamento. Straub (2014, p.3), classifica como “um subcampo da Psicologia que aplica princípios e pesquisas psicológicas para a melhoria da saúde e o tratamento e a prevenção de doenças”. Seus interesses incluem condições sociais, (como a disponibilidade de cuidados de saúde e apoio à família e de amigos), fatores biológicos (como a longevidade familiar e vulnerabilidades hereditárias a certas doenças) e até mesmo traços de personalidade (como o otimismo).

A Psicologia da Saúde agrega o conhecimento educacional, científico e profissional da disciplina Psicologia para utilizá-lo na promoção e na manutenção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença, na identificação da etiologia e no diagnóstico relacionados à saúde, à doença e às disfunções, bem como no aperfeiçoamento do sistema político da saúde (ANGERAMI-CAMON, 2014, p.7).

Castro e Bornholdt (2004, p.49), postulam que “a Psicologia da Saúde também poderia ser compreendida como a aplicação da Psicologia Clínica no âmbito médico”, podendo ser utilizada em centros comunitários, residências de pacientes, como também nos ambientes específicos para estes atendimentos, como postos de saúde e hospitais.

Com efeito, a Psicologia da Saúde foi criada por volta dos anos 70 na American Psychological Association (APA), onde evoluiu rapidamente, sendo difundida através das pesquisas aliadas à prática psicológica. Essa área possui como foco principal, compreender e atuar na interação do indivíduo com sua própria doença, mas sem interferir ou agir dentro das funções médicas.

Assim, faz-se necessário salientar qual é a definição da Psicologia Hospitalar. Para isso, Angerami-Camon (1999, p.17), afirma que “A Psicologia Hospitalar tem como objetivo principal a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização”. Observa-se ainda, que o autor informa algumas questões ligadas ao atendimento no âmbito hospitalar, sendo que pode-se destacar o fato de que diferentemente da clínica, não existe o setting terapêutico, como um lugar definido e adequado, pois o psicólogo muitas vezes atuará junto ao leito do paciente, ou em outros locais onde continuamente poderá ser interrompido por profissionais da saúde, em virtude do cumprimento de prescrições médicas, alimentação, dentre outros. Sendo assim, o psicólogo precisa estar ciente do seu papel dentro do contexto hospitalar, para que não seja mais um elemento invasivo na subjetividade do paciente, durante o processo de tratamento ou internamento.

Pode-se mencionar também um quesito importante no acompanhamento psicológico hospitalar, que trata-se do atendimento humanizado. Knobel (2008, p.176), apresenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde (2000), onde diz que a humanização é: “...entendida como valor, na medida em que se resgata o respeito à vida humana. ” O autor ainda prossegue apontando para a questão de que não há como ser humanizado somente em um determinado ambiente, mas que há a necessidade de humanizar tudo o que se fizer, ou seja, em todo o contato com o outro.

2.3 Considerações sobre o Câncer e os impactos psicológicos

Segundo o Ministério da Saúde através do INCA-Instituto Nacional de Câncer, comenta que há muitas definições para a palavra “câncer”, que deriva da palavra grega *karkínos*, que significa “caranguejo”. Os primeiros a usarem estes termos foram Galeno e Hipócrates. Os gregos também usavam a mesma palavra "*karkínos*" para designar tanto ao animal, quanto ao tumor, de onde surgiu a palavra carcinoma. Esta é uma doença agressiva pois as células

cancerígenas ao invés de morrerem, permanecem num ciclo de multiplicação incontrolável. Entretanto, “O câncer não é uma doença nova. O fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo”. (BRASIL, 2011, p. 17)

Continuando, o INCA- Instituto Nacional de Câncer José de Alencar postula que: “As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo” (BRASIL, 2015, p.25). Diversos estudos apontam que o surgimento do câncer está profundamente ligado a fatores relacionados ao estresse, dificuldades para resolver problemas, baixa resiliência do indivíduo, bem como problemas de ordem psicológica ligados à depressão, entre outros.

Entretanto, alguns pesquisadores divergem em relação ao surgimento de tumores, pois acreditam que é difícil identificar qual foi a fase inicial e nem a partir de quando dá-se o agravamento, pois alguns tipos de câncer podem sofrer influências do ambiente e outros poderão causar mudanças no comportamento do indivíduo, sem que ele perceba de imediato.

Pouco sabe-se a que se atribui o surgimento do câncer, pois todo caso diferencia-se do outro, porém, sabe-se que ele se espalha rapidamente e das mais variadas formas, advindas por fatores ligados à hereditariedade, ao ambiente, tabagismo, alcoolismo, medicamentos, fatores ocupacionais, hábitos alimentares, radiação solar, etc.

Para que a doença ocorra, parece ser necessária uma operação conjunta de vários fatores tais como, a predisposição genética, a exposição a fatores ambientais de risco, o contágio por determinados vírus, o uso de cigarro, a ingestão de substâncias alimentícias cancerígenas, e muitos outros (TRICHOPOULOS; LI; RUNTER, 1996, apud CARVALHO, 2002).

Diante disso, um dos cânceres que afetam muito a população brasileira, é o câncer de mama. Antes, a ocorrência dos casos pertencia a uma faixa etária mais ou menos pré-definida, hoje, porém, as mulheres mais jovens estão entrando na lista de pessoas diagnosticadas, pois tanto homens quanto mulheres são passíveis da doença. Segundo o INCA (2018), a incidência pode acontecer por volta dos 35 anos, mas aumenta a probabilidade à medida em que a idade vai aumentando.

Acredita-se que as mulheres, em sua maioria, executam vários papéis em sua casa, família e sociedade, tornando-se suscetíveis a passar por altos níveis de estresse, pois estão sendo desafiadas a todo instante. Porém, não são somente estes fatores que podem contribuir para o agravamento da saúde física ou mental, e sim uma soma de fatores, conforme aponta Venâncio (2004), pois a maior exposição à estes eventos estressantes, tais como vivências de

perdas significativas e estados afetivos depressivos, aumentam as chances de que surja o câncer de mama.

Estudos apontam que as associações feitas do câncer com os eventos de vida estressantes, são fatores importantíssimos que “podem afetar o estado emocional dos indivíduos, e sua associação com a perda de apoio social tem relação até com sobrevida significativamente menor em pacientes com câncer de mama”. (CORMANIQUE et al., 2015, p.352)

Por outro lado, a respeito de novas pesquisas visando a cura do câncer, recentemente a ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária noticiou em 12 de junho de 2018, que foram publicados no Diário Oficial da União (DOU) em 04 de junho de 2018, os registros de três novos medicamentos, sendo um deles importante para o tratamento do câncer:

[...] registrou mais três medicamentos biológicos novos para comercialização no mercado nacional. O primeiro é o Bavencio (avelumabe), produto para tratamento de doença rara, aprovado para o uso em monoterapia (utilização de um só medicamento) em pacientes adultos com carcinoma (tumor) de células metastáticas Merkel (MCC), tipo incomum de câncer que exhibe características clínicas agressivas (ANVISA, 2018).

Contudo, é necessário enfatizar que ao profissional de psicologia inserido no contexto oncológico também é importante conhecer os efeitos colaterais dos tratamentos disponíveis, bem como qual é o tempo de duração desses tratamentos, tendo em vista o atendimento que realiza ao paciente antes, durante e depois do tratamento.

Com isso, facilita-se sua comunicação junto à equipe de trabalho, como também ao paciente, pois embora a medicina atue com seu foco na patologia, por outro lado, a psicologia visa enxergar o paciente em sua integralidade. Entretanto, o psicólogo não precisa adentrar em áreas que não sejam de sua alçada, mas precisa conhecer como funciona o local de trabalho, como as equipes atuam e como são os procedimentos pelos quais os pacientes precisam se submeter. Logo, espera-se que o psicólogo possa dialogar e cooperar com toda equipe a fim de proporcionar o melhor entendimento, divulgação de informações importantes e amparo ao paciente e familiares.

Sendo assim, Menezes, Schulz e Peres (2012), afirmam que o trabalho do psicólogo consiste em oferecer um suporte para que o paciente consiga lidar com os enfrentamentos e adaptações necessárias, desde as primeiras informações recebidas, proporcionando também que sejam criados mecanismos para minimizar os efeitos resultantes dos processos de quimioterapia

ou radioterapia, bem como nos processos cirúrgicos ou recuperatórios, ou seja, trabalhar de forma a reduzir os impactos gerais da convivência ou combate ao câncer.

2.3.1 Paciente *versus* o câncer

Sabe-se que a afirmação de ser um portador de câncer pode soar quase de maneira associável ao indivíduo assumir uma sentença de morte, pois não faz parte da natureza humana lembrar ou afirmar que sua vida tem um prazo de validade, assim como quase tudo o que existe. Portanto, “É inconcebível para o inconsciente imaginar um fim real para nossa vida na terra e, se a vida tem um fim, este será sempre atribuído a uma invenção maligna fora do nosso alcance” (ROSS, 1996, p.13).

Diante disso, dificilmente o diagnóstico é recebido de forma aceitável, principalmente por esta associação que há da palavra câncer com a morte, tudo porque em um passado não muito distante, onde as pesquisas relacionadas ainda estavam em curso, muitas pessoas tiveram um encurtamento do tempo normal de vida após receberem os diagnósticos, mesmo realizando tratamentos ou passando por cirurgias, devido ao descobrimento tardio da doença, onde o estágio já era avançado.

Segundo Mello-Filho (2010, p. 303), “Se pelo câncer ou seu tratamento for afetado ou perdido um órgão, uma função ou o aspecto exterior, produz-se uma “fratura” da capacidade de adaptação físico-emocional, que é temida especialmente diante das exigências socioculturais, reais e/ou supostas”. Então, à medida em que o câncer se apossa de algum lugar do corpo do indivíduo, ainda que se faça a retirada desse agressor, o organismo ainda se comportará num processo lento, difícil de adaptação e reabilitação.

Continuando nesta análise, o autor esclarece ainda, que pode acontecer uma desordem psíquica gerada através da rejeição da doença que afeta somaticamente o indivíduo, pois seu organismo reage de forma a querer combater o que pode ser chamado de intruso, produzindo anticorpos empenhados em agir nas estruturas biológicas do paciente, com a finalidade de acabar com aquilo que não é *lhe* é natural, como nesse caso, o câncer. E isso se dá quando o organismo não reconhece a patologia como parte de si.

Todo fator carcinogênico extremo provocará ou ajudará o nascimento, formação ou deformação de células anormais, que enquanto forem reconhecidas como não *ego* serão destruídas e eliminadas. Enquanto forem claramente identificadas como não *ego*, serão rechaçadas e destruídas. Para estas células não há amor, alimento nem porvir genético, morrendo rapidamente. Em um dado momento, este processo de reconhecimento como não *ego* se altera, modifica-se, e o indivíduo aceita ou reconhece como integrante do *ego* esta célula tumoral ou diferente. Essa célula não é alguma coisa nova, como já vimos. O novo ou diferente é seu reconhecimento ou

“leitura” como *ego*. O crescimento e desenvolvimento do câncer não seria mais um processo dependente do próprio câncer, mas de como é lido ou interpretado pelo indivíduo, como totalidade psicorgânica. (MELLO-FILHO, 2010, p.300).

Todavia, quando o ego reconhece este outro como parte de si, ele fornece-lhe alimento, imortalidade e não provoca nenhuma reação aparente ao organismo, pois se tornaram uma coisa só. Porém, se este outro integrante do ego passa despercebido dentro do corpo, continua a evoluir silenciosamente.

Por outro lado, um outro assunto importante a ser discutido dentro desta relação do paciente com o câncer, é a questão do segredo mantido à cerca sobre a doença. Isto ocorre no caso de pacientes que convivem com a patologia, mas que não sabem qual a enfermidade possui. Acontece que em alguns casos, o paciente pode ter ido até o médico devido a outros motivos mais aparentes e num dado momento, algum familiar ou cuidador recebeu as primeiras notícias médicas, tornando-se a partir disso, o portador de um segredo que diz respeito à vida da pessoa diagnosticada, cabendo-lhe a decisão da divulgação do parecer médico, ou seja, dizer ao paciente ou autorizar ao médico a fazê-lo.

Diante disso, Ross (1996) salienta que familiares e cuidadores, em algumas vezes, tendem a criar dúvidas sobre contar ou esconder a doença do paciente, e criam uma espécie de “faz de contas” em torno dos fatos ocorridos, como por exemplo, a necessidade de uma possível internação, ou iniciação de algum tratamento, fazendo com que o medo de fazer este ente sofrer, seja o termômetro para medir até onde o paciente deve ou não saber sobre seu próprio estado de vida.

Quando o paciente minimamente é informado sobre a sua doença e quais são os procedimentos que terá que realizar e recebe explicações desses eventos, sente-se mais seguro. Por exemplo, em um paciente que iniciará a quimioterapia, mas não sabe do que se trata tal procedimento, a chance de desencadear uma crise de ansiedade é alta. No entanto, explicar do que se trata, como funciona e até mesmo leva-lo à sala onde outros pacientes estão realizando tal procedimento traz um alívio significativo para o paciente o que poderá amenizar a sua ansiedade. (ANGERAMI-CAMON, 2014, p. 111)

Sendo assim, o psicólogo pode também atuar dentro deste contexto, em sintonia com a equipe transdisciplinar, percebendo as necessidades dos pacientes.

Em virtude dos fatos mencionados, o psicólogo também pode fazer o uso de técnicas apropriadas para retransmissões de informações de notícias desagradáveis, promovendo possibilidades para que o paciente faça as escolhas de suas prioridades diante do estado de saúde que se encontra e com isso, ele optar por ressignificar sua doença e a sua relação com ela.

Uma vez que, ao acolher e ajudar o paciente nesse processo tão importante de elaboração da doença, o atendimento psicológico proporciona também a retomada da autoestima e da autonomia. Dependendo do contexto em que está inserido socialmente, o fato deste indivíduo assumir-se doente pode torna-lo desde vítima da situação, como até mesmo sobrecarrega-lo de culpa por tudo o que está ocorrendo.

Sendo assim, isso tudo vai depender do olhar individual do paciente e do outro que faz parte de seu convívio. Além disso, a Psicologia agindo nesta realidade, propicia o desenvolvimento do sentimento de esperança, do acolhimento, trabalha as expressões dos sentimentos vivenciados, realiza escuta psicológica ao paciente. Contudo, o psico-oncologista pode trabalhar com as demandas do paciente individualmente, como também realizar trabalhos com grupos de pacientes ou familiares e ainda, se possível com a equipe de atendimento.

2.3.2 Reações do paciente diagnosticado frente ao perigo real ou imaginário da morte

De fato, o diagnóstico de uma doença grave traz muitas incertezas quanto ao futuro, mas quando se trata de algum tipo de câncer, o estigma ligado a esta palavra, automaticamente leva o indivíduo a pensar na morte. É muito difícil falar sobre morte, cada indivíduo traz uma verdade sobre ela, dependendo da cultura ou tradição familiar. Não existe verdade ou mentira sobre a morte. Pesquisadores, filósofos, religiosos, cientistas, todos buscam responder questões inerentes sobre o morrer, ou sobre a vida após a morte, mas além disso, cada ser humano necessita de experiências próprias para criar seu ponto de vista sobre o assunto. “Não existe um modo único de ver a morte em qualquer idade; as atitudes das pessoas perante ela refletem sua personalidade e sua experiência, assim como o quanto elas acreditam estarem próximas de morrer”. (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p.743).

Por consequência, cada pessoa reage de forma diferente às questões ligadas à morte, dentro da sua subjetividade, da sua história de vida, cultura, religião, etc. Mas em muitos casos, o sentimento mais presente em relação ao assunto é o medo. “O medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. O medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos” (KOVÁCS,1992 apud BORGES et al., 2006, p.363). Neste caso, pode ser que esse medo de morrer, também possa ser considerado como medo de sofrer.

Com efeito, o perigo de morte, além de temor, traz ao indivíduo uma nova possibilidade de vivência, ou seja, procura-se o adiamento do fim, criando um novo começo. A reação de alguns pacientes de doenças graves, frente ao perigo de morte, muitas vezes processa-se na contramão do medo. Há pacientes que aceitam passivamente o diagnóstico, porém, há outros que recorrem a fatores motivacionais extrínsecos e intrínsecos, fazendo novas

experiências, atribuindo novos significados para sua vivência, criando um novo eu, capaz de suportar, reagir e ultrapassar barreiras biológicas e psicológicas. Logo, estes indivíduos criam a capacidade de tornarem-se resilientes.

Diante disso, o processo de luto antecipatório enfrentado mediante ao diagnóstico, colabora para que ocorra o que pode ser nomeado como “o enterro do eu velho e doente”, frente ao “nascimento do novo eu”. “Na fase de reorganização se processa uma aceitação da perda definitiva e a constatação de que uma nova vida precisa ser começada.” (KOVÁCS, 1992, p.154).

É nessa elaboração simbólica que constroem-se um novo organismo capaz de lidar com a doença e com o novo que será enfrentado dia após dia.

Portanto, o que favorece incertezas e conflitos internos diante do impacto psicológico causado por um diagnóstico, na maioria dos casos é a forma como a notícia é repassada. Contudo, conhece-se o fruto da transmissão de informação da forma correta, quando esta é capaz de produzir esperança.

Diante do exposto, a boa transmissão de informações ocorre quando “isso não implica em omitir a gravidade do quadro clínico do paciente. Quer se diga ou não, ele saberá de alguma forma o que está acontecendo” (KOVÁCS, 1992, p.192).

Neste contexto, é importantíssimo ressaltar o trabalho da psiquiatra Elisabeth Kubler Ross (1981), que pesquisou e descreveu quais são as etapas do luto: 1- Negação e isolamento; 2- Raiva; 3- Barganha; 4- Depressão; 5- Aceitação. Como sugestão à sexta etapa, fez referência a esperança como um fator importante, que segundo ela, deve ser estimulada por pessoas mais próximas. Estes aspectos levantados por Ross trazem o norte necessário para compreender e atuar diante dessas etapas que também ocorrem no processo de adoecimento devido ao câncer.

Sendo assim, faz-se necessário o esclarecimento de que não há diferenças em tratar de pacientes com doenças irreversíveis ou passíveis de tratamento. Logo, o que mais entra em questão é tratar o indivíduo em sua totalidade: Assim, há quatro estágios da doença terminal que podem ser evidenciados:

Estágio 1: Do início dos sintomas até o diagnóstico. Entre os mecanismos de defesa mais observados estão a negação e o deslocamento. Estágio 2: Desde o diagnóstico até o estágio terminal, é a época em que está concentrada a maior parte do tratamento, cujo objetivo principal é combater a doença e buscar a cura. Há oscilações entre a negação, o abrandamento e o deslocamento, até chegar a uma aceitação da irreversibilidade dessa condição, dependendo da trajetória da doença. Estágio 3: Período em que o tratamento ativo diminui, há uma ênfase maior na busca do alívio de sintomas e nos cuidados pessoais (WEISMAN, 1972, apud KOVÁCS, 1992, p. 194).

Em vista dos argumentos apresentados, é notório a complexidade de ações psíquicas atuantes no paciente pós o recebimento de diagnóstico, levando-o a pensar e viver como se fosse morrer a qualquer momento. Sujeitos acometidos pelo câncer, experimentam diariamente “dramas” advindos da sua relação e reação à doença.

Carvalho et al. (2008, p. 296), postulam que a dor pode exigir muito mais do paciente, do que o próprio câncer. Devido a isto, pode ocorrer uma constante instabilidade, e, por conseguinte tendem a sofrer de estados depressivos, momentos de desilusão consigo mesmo, podem agir com irritabilidade, principalmente pela fragilidade causada após sessões de tratamentos, onde os efeitos colaterais favorecem a ocorrência da descaracterização do eu, debilitam o paciente e, por conseguinte, favorecem a perda da imunidade e incapacidade de reação aos tratamentos.

2.4 Definições sobre a Psico-Oncologia dentro do contexto histórico da Psicologia

Nos primórdios do que hoje é chamado de Psico-Oncologia, houve Freud que se aliou à Charcot para então, estudar a histeria. Seus estudos facilitaram para que ocorressem muitas pesquisas, dando acesso à linha de raciocínio que aliava os acontecimentos psíquicos aos orgânicos, surgindo assim o modelo biopsicossocial na medicina.

Em contrapartida Pavlov, contribuiu também com seus estudos comportamentais, atestando o uso de condicionamentos na modificação de comportamentos desejados ou indesejados, impulsionando a criação da Medicina Comportamental e Psicologia Comportamental.

Dessa forma, a Psico-Oncologia derivou de muitos outros resultantes da Psicologia, relacionados à área da medicina e ao contexto hospitalar, conseqüentemente “A psico-oncologia constitui-se em uma área do conhecimento da psicologia da saúde, aplicada aos cuidados com o paciente com câncer, sua família e os profissionais envolvidos no seu tratamento”. (CARVALHO et al.,2008, p.15)

Ainda conforme Carvalho et al. (2008, p.18), atualmente, usa-se a terminologia Psico-Oncologia, que surgiu em 1961, na Argentina, através do cirurgião oncológico e psicanalista José Schavelson, que criou o termo que define a Psico-Oncologia como a medicina se ocupa com o cuidado com o paciente, com os familiares e com ações médico-administrativos.

Após esta definição, uma nova foi criada nos Estados Unidos, através de Jimmie Holland (1989), fundadora da Ipos (International Psycho-Oncology Society):

Uma subespecialidade da Oncologia, que procura estudar as duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico do câncer: 1) o impacto do câncer no fundamento emocional do paciente, sua família e profissionais da saúde envolvidos em seu tratamento; 2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência ao câncer (HOLLAND, 1990, apud CARVALHO, 2002, p.3)

Carvalho et al. (2008, p. 17) apontam que a partir de 1950, nos Estados Unidos, pessoas que ocupavam cargos importantes na sociedade, passaram a divulgar que estavam com câncer, pois até então sujeitos diagnosticados escondiam que tinham a doença. Dessa forma, tornando público este tipo de problema, proporcionou-se para que houvesse uma melhor abertura em querer compreender o câncer, provocando a sociedade a buscar meios para estudos da doença.

Na Universidade de Barcelona, Ramón Bayes, criou o termo Psicologia Oncológica, afirmando que se trata de um estudo comportamental e que este nome deve-se ao fato de se tratar de princípios psicológicos aplicados à medicina (CARVALHO et al., 2008, p.18).

Mais adiante, no Brasil, precisamente em São Paulo, iniciou-se as campanhas de arrecadação com intuito de possibilitarem estudos e tratamentos da doença. Dentre as pessoas envolvidas destaca-se Carmem Prudente, que por volta dos anos 40 buscou arrecadar fundos para construção do Hospital A.C. Camargo, que hoje é considerado ainda referência no Brasil. Carmem Prudente ajudou a criar o que seria a Liga Feminina de Combate ao Câncer. A partir dessa iniciativa, formada por serviços voluntários e fundos vindos de doações, o Governo Federal criou o Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Por volta de 1970 até os anos de 1980, os profissionais da saúde mental que atuavam na área oncológica eram poucos, e o foco dos trabalhos eram, “pesquisas sobre personalidade e atitudes que poderiam causar o câncer; atendimento de problemas psiquiátricos dos pacientes com câncer causados pelo processo de ajustamento à situação e estudos sobre as questões da morte e luto” (VENÂNCIO, 2004, p.57).

Ainda em meados da década de 70, houve a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários da Saúde, na União Soviética, onde o foco desta reunião era a prevenção de doenças, enfatizando as grandes dificuldades que os pacientes tinham em fazer a adesão aos tratamentos. E é aí que se encaixa perfeitamente o perfil do psicólogo.

Por isso, quando o paciente necessita iniciar o processo de um tratamento, esta nova adaptação biológica angaria alguns impactos psicológicos, que vai além dos efeitos colaterais sentidos. Sendo assim, a figura do psicólogo torna-se necessária junto à estas questões psicológicas do paciente.

Por outro lado, também foram vistos inúmeros resultados do trabalho com a prevenção do câncer, que atestaram que a Psicologia aliada à Medicina, contribuiu significativamente para a sobrevivência dos pacientes submetidos às pesquisas, justificando assim o surgimento da Psico-Oncologia. Então, “as equipes formadas por psiquiatras e psicólogos só começaram a ser requisitadas pelos oncologistas a partir da década de 70, inicialmente com o objetivo de auxiliar o médico diante da dificuldade na informação do diagnóstico de câncer ao paciente e sua família” (CARVALHO, 2002, p.2).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), que é uma referência no tratamento de câncer no Brasil, só realizou a primeira contratação de um psicólogo em 1979. Diante disso, em 1998, a Psico-Oncologia no Brasil foi enormemente valorizada, quando o Ministro da Saúde, através da portaria 3.535, publicou no DOU de 14/10/1998, dizendo que: “tornou obrigatória a presença de profissionais especialistas em Psicologia Clínica como um dos critérios para o cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) junto ao (SUS) Sistema Único de Saúde” (VENÂNCIO, 2004, p.58).

Dessa maneira, a figura do psicólogo adentrou definitivamente à área oncológica, fazendo parte da equipe de atendimento, cooperando para o benefício do paciente e no sucesso aos tratamentos por ele submetidos, fortalecendo o trabalho da medicina.

Criou-se então a Associação Internacional da Psico-Oncologia, oficializando a definição descrita. Porém foi necessário adaptar a Psico-Oncologia para sua atuação no Brasil, onde tornou-se necessária uma definição que se adequasse a própria realidade do país, criando também associações ou Comissões que discutissem sobre o assunto. Então, em 1989, ocorreu o primeiro Encontro Brasileiro de Psico-Oncologia, o que desencadeou vários outros encontros.

Portanto, Glória Gimenes em 1993, criou a definição de que a Psico-Oncologia é a interface entre a Psicologia e a Medicina:

A Psico-Oncologia representa a área de interface entre a Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico provenientes da Psicologia da Saúde para aplicá-lo:

- 1º) Na assistência ao paciente oncológico, sua família e profissionais de Saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença;
- 2º) Na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, da recuperação e do tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer;
- 3º) Na organização de serviços oncológicos que visem ao atendimento integral do paciente, enfatizando de modo especial a formação e o aprimoramento dos profissionais da Saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento (GIMENES 1994, apud CARVALHO, 2002, p.4).

Logo, a Psicologia voltada para o paciente em tratamento oncológico tomou forma no Brasil, através de associações e instituições ligadas ao assunto, bem como foram possíveis possibilitar inúmeras formações para profissionais que queiram trabalhar nessa área. Estas formações ainda ocorrem em diversos estados do Brasil, assim como cursos de Pós-Graduação, tanto no Brasil quanto em outros países.

Sendo assim, em 1994 foi fundada a (SBPO) Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, com oferecimento de cursos itinerantes de especialização em todo o Brasil, bem como sua importante atuação sobre organizações de Congressos, apoio a organizações não governamentais, além de fomentar e difundir pesquisas sobre o assunto.

2.4.1 As formas de atuação da Psico-Oncologia

Dentro da Psico-Oncologia, há diversas linhas teóricas utilizadas por meio dos profissionais da Psicologia, onde a primeira abordagem a tratar sobre o assunto foi a psicanálise, através de Freud. Segundo Kovács (2013, p.218), “durante a década de 1950, estudos com orientação psicanalítica surgiram a respeito da estrutura de personalidade dos pacientes com câncer”.

Também ainda hoje são utilizadas várias abordagens no âmbito oncológico:

Na prática, existem diferentes abordagens grupais que se diferem em sua finalidade, tais como: ensino-aprendizagem, comunitário, terapêutico, psicodramático, da teoria sistêmica, cognitivo-comportamental e psicanalítico. A escolha de qual será a melhor abordagem a ser utilizada deve ser calculada no tipo de grupo (de ambulatório ou de enfermaria, homogêneo ou heterogêneo, aberto ou fechado), sobre o objetivo (breve, de médio ou longo prazo) e sobre outras variáveis (informativo, de preparo para cirurgia ou para terapia, etc.) (VENÂNCIO, 2004, p. 59).

Ainda falando sobre o atendimento psicológico, cada paciente deve ser considerado de forma singular, levando-se em conta seu histórico psicossocial, familiar, entre outros fatores importantes. O psicólogo não visa somente realizar um trabalho de aceitação por parte do portador de câncer, mas pretende amplificar sua atuação, de forma que efetivamente sua intervenção na vida deste paciente, seja algo que proporcione o efeito esperado, que é diminuir o sofrimento psicológico, da forma mais eficaz possível.

No caso da Psico-Oncologia, o atendimento profissional, independente da abordagem teórico-filosófica do psicólogo, deve ultrapassar os limites do consultório e da prática psicoterápica, inadequada e insuficiente para o cumprimento dos objetivos da Psico-Oncologia, indo buscar e trabalhar com o paciente onde quer que ele se encontre (na sala de espera do hospital, na enfermaria, na sala de procedimentos invasivos, em casa, ou em qualquer outro local) e incluindo a participação ativa de diferentes profissionais. A Psico-Oncologia deve ser entendida como um instrumento que

viabiliza atividades interdisciplinares no campo da saúde, desde a pesquisa científica básica até os programas de intervenção clínica (COSTA JUNIOR, 2001, p.3).

Diante disso, se pode destacar que no Brasil, as chamadas “terapias expressivas” são as que fazem parte das técnicas mais utilizadas.

Carvalho et al. (2008, p. 374), menciona que há a necessidade do cuidado com as emoções que são afloradas por conta da doença e todo esse cuidado, colabora e muito para melhora da qualidade de vida do paciente, dos familiares ou cuidadores.

Enfim, enfatiza-se aqui algumas das técnicas de atendimento que atualmente são empregadas, como: relaxamento, introspecção, dramatização, visualização, grupos terapêuticos, onde os pacientes participam com algum membro de sua família ou cuidador e também poderão haver atendimentos individuais, etc. Por isso, “o uso de técnicas de visualização e relaxamento tem-se revelado de grande utilidade, levando a resultados surpreendentes de melhora física, segundo inúmeras pesquisas apresentadas em congressos” (CARVALHO, 2002, p.4). Contudo, o atendimento psicológico colabora para o alívio da ansiedade e na intensidade de dores causados por tratamentos.

2.4.2 Alguns desafios encontrados pela Psico-Oncologia

Uma das principais dificuldades do Psico-Oncologista, vem a ser a forma como o próprio paciente enxerga a doença. Segundo Mello-Filho (2010, p. 302), “como pode se depreender desta descrição, um tanto sinistra, pretender que um paciente com câncer se comporte como se “nada tivesse ocorrido” é um critério simplista, inadequado e inoperante”. Nisto encontra-se um difícil dilema, pois não se pode agir como se nada estivesse ocorrendo, como também, não se pode agir como se já fosse considerado o fim.

Dentro desse contexto, todo tipo de interpretação deve ser vista com muita cautela, pois, tudo aquilo que para o médico, ou outro profissional seja considerado como ganho, acerto ou um passo em direção à cura, para o paciente ou familiares pode ser interpretado numa visão de que qualquer tipo de intervenção aplicada seja considerada perda de tempo, ou que não há nada mais que se possa fazer.

Mello-Filho (2010), aponta que diante do fracasso da cirurgia, tendo como resposta o novo aparecimento dessas células cancerígenas, o próprio paciente pode trazer à mente como se a doença fosse algo diabólico, e todos os procedimentos traumáticos dos tratamentos contra a si pareçam uma espécie de martírio, um caminho sem volta. Nota-se então, que o paciente passa a enfrentar um longo e doloroso processo de luto e descaracterização. Então, outra dificuldade seria tentar fazer uma readaptação e reavaliação de afetos.

Há registros de síndrome de Burnout e estresse, em profissionais tanto da Psico-Oncologia, como em outros profissionais da área oncológica, devido ao grande envolvimento com o paciente, conforme Carvalho et al. (2008, p.561). Com isso, hospitais e instituições buscam formas para combater ou prevenir esses sintomas, trabalhando de forma coordenada para que ocorra o mínimo possível.

Conforme Christo e Traesel (2009), quando o paciente está em internação, afastado de sua vida cotidiana, sofrendo as angústias, o profissional que o atende acaba tornando-se depositário de segredos, de palavras não proferidas, torna-se objeto de processos de transferência, e qualquer revelação poderá ocasionar consequências em toda a funcionalidade da família e do indivíduo.

De fato, há algumas dificuldades observadas que precisam transparecer-se neste estudo. Destaca-se que o profissional que atua no contexto oncológico precisa lidar primeiramente com sua capacidade limitada, pois não tem o poder de suprimir a dor do paciente e nem pode fazer as vezes de um familiar. Muitas vezes, terá que se deparar com pacientes abandonados por familiares e amigos, com equipes de trabalho desunidas. Há cidades que contam com a precariedade do local de tratamento, carência de profissionais, também a falta de local adequado para atendimento psicológico e ainda, não dispõe de locais apropriados ou suficientes para acolher pacientes e familiares que moram em regiões distantes de onde é feito o atendimento ou tratamento, sendo amparadas financeiramente por ONGs, igrejas, doações de próprios familiares ou sociedade em geral, ajudando de certa forma nesse amparo, mas sem a total eficácia que se espera, gerando ainda mais sofrimento para o paciente.

Tal depoimento evidencia o esgotamento e a ausência de suporte emocional adequado que precisa ser oferecido aos funcionários de quimioterapia, na medida em que o tratamento não se constitui enquanto uma intervenção externa e mecânica, mas também passa por uma dimensão psíquica e emocional, a qual faz toda a diferença no que tange à maneira do paciente lidar com a doença (GRANDESSO; BARRETO, 2010, p.225).

Assim, no atendimento da escuta psicológica, o psicólogo torna-se o mais próximo membro familiar do paciente, pois poderá talvez ser o único a proporcionar esse momento de amparo sem julgamentos, sem dar ênfase à doença, apenas ser o acolhedor das dores, da história de vida, dos projetos futuros, das reclamações, da raiva, dos medos, da falta de fé, do conformismo, etc.

Enfim, tudo isso gera um desgaste emocional imenso ao paciente atendido, como também se estenderá este tipo de desconforto a algum familiar ou acompanhante.

Sendo assim, reforça-se a importância do atendimento psicológico no âmbito oncológico, sendo que o câncer não acomete somente ao paciente diagnosticado, mas também a todos os envolvidos, causando em todos os casos, sentimentos de raiva, angústia, incertezas, fragilidade, incapacidade, etc. Cabe ao psicólogo auxiliar, ouvir, acolher as demandas geradas em detrimento da doença, mas também lidar com sua incapacidade diante das situações vivenciadas, bem como reforçar os cuidados com sua saúde física e emocional.

2.5 Benefícios obtidos a partir da intervenção da Psico-Oncologia

Segundo Venâncio (2004, p.61), “verificou-se também que o custo de um tratamento psicoterápico era compensado pela economia que se obtém através da diminuição do uso de serviços médicos”. De fato, quando o paciente recebe auxílio psicológico adequado, ocorre a melhora da sua qualidade de vida, proporcionando-lhe automaticamente, formas de sustentar-se frente ao combate à doença ou processos recuperatórios.

O primeiro passo que se dá com os pacientes é no sentido de auxiliá-los a fortalecer a sua convicção de que o tratamento a que estão submetidos é eficaz, e que o seu organismo é dotado de um sistema de defesa eficaz e poderoso. Isso vai dando ao paciente a certeza de que ele tem recursos pessoais para lidar com a doença, começando a reverter sua postura passiva em relação aos fatos da vida (KOVÁCS, 2013, p. 226).

A Psico-Oncologia é capaz de ajudar a prorrogar a sobrevivência do paciente, colaborando para que ela aumente progressivamente. Trabalha a autoestima, a capacidade de lidar com as perdas ou dores, até mesmo com os resultados não esperados. Produz esperança, bem-estar, cooperação com ações medicamentosas e de intervenções cirúrgicas, como também é uma área da ciência com grande força e em constante inovação.

2.5.1 Autoestima *versus* patologia

A autoestima tem a ver como o indivíduo enxerga a si mesmo, e como ele se compara às outras pessoas. Sobre a autoestima do paciente oncológico, há alguns pontos extremamente relevantes, para que seja possível compreender quais são os fatores responsáveis pela manutenção ou criação dessa grande aliada, cujos médicos e demais profissionais passaram a considerar a autoestima como uma necessidade primária.

Há casos onde algumas pessoas ao relacionar-se socialmente com os pacientes oncológicos, ao invés de promoverem conversas significativas para a melhora, cometem um grande erro falando sobre casos com pessoas que tiveram doenças parecidas, parentes ou

conhecidos, enfatizando em suas falas somente conteúdos ligados à mortes, perdas, sofrimento e tristeza. Estes indivíduos não têm ciência, de que ao envolver o paciente com essas informações carregadas de sentimentos e fatos marcantes, promovem a internalização da soma de diversos tipos de afetos negativos por parte do sujeito diagnosticado com câncer.

Além disso, a baixa autoestima pode levar a transtornos afetivos e a uma visão pessimista e negativa de sua própria imagem. Um exemplo do resultado dessa negatividade, em forma de patologia, seria a neoplasia, que pode provocar alterações no corpo da mulher e ainda se tornar câncer de mama.

Por outro lado, uma pesquisa realizada com pacientes que passaram pela mastectomia, que é a cirurgia para a retirada da mama totalmente ou parcialmente, constatou-se que diferentemente dos demais pacientes com outros tipos de câncer na mesma fase terminal, a angústia das mesmas foram verbalizadas em função dos membros perdidos ou mutilados e não em função de assuntos relacionados à morte, evitando assim, qualquer tipo de conversa relacionada ao tema, mas sempre apresentando o vazio sentido corporalmente e psicologicamente. (ARAÚJO; LIMA, 2015, p.92)

Assim, a forma de olhar e conversar com um paciente pode colaborar negativamente para abalar a autoestima do mesmo, tendo em vista que muitos enxergam a pessoa diagnosticada transparecendo-lhe piedade e isso o deixa mais fragilizado.

Para que isso não ocorra, deve-se ajudar o paciente a encontrar um modo de filtrar as coisas que ocorrem à sua volta, ajudando-o a bloquear os efeitos de fatores desmotivacionais externos, que agem muitas vezes através de conversas carregadas de fatos tristes, como se ele mesmo estivesse condenado também ao mesmo fim.

Assim, ele próprio conseguirá enxergar de forma diferente as coisas, conhecendo-se, como também poderá colaborar consigo mesmo, aumentando o nível de autoestima, de forma a possibilitar com que se habitue à nova rotina ou a retomar aos tratamentos, encorajando-o caso este esteja em processo de reincidência da doença, pós cirurgia ou tratamento.

Em se tratando da mensuração da autoestima, postulam Leite, Nogueira e Terra (2015, p.1083), “todavia, vários fatores devem ser pontuados no seu planejamento, dentre esses, a idade do paciente; seu estado nutricional; as funções renal, hepática e pulmonar, a presença ou não de infecções, o tipo do tumor, a presença de metástase e a condição de vida do paciente”, todos esses fatores devem ser avaliados em consideração ao nível de autoestima do paciente. Além disso, essa comparação tem a ver com o nível social, cultural e econômico, ao qual este estiver inserido, assim como idade, sexo, etc. Tais níveis de autoestima e ansiedade podem ser

mensurados através de testes psicológicos, que são muito utilizados em pesquisas e para outras aplicações, dentro dos hospitais e locais apropriados para tratamentos ou terapias.

Sabe-se que a autoestima ocorre de forma intrínseca e pode vir a ser diminuída devido aos fatores externos de gravidade psicológica, que por terem tal significância, podem causar uma ruptura na incidência e na prevalência da mesma, ou seja, um motivo como o diagnóstico de uma doença crônica, abala a estrutura psíquica do sujeito, elevando os níveis de ansiedade, onde o indivíduo tenta procurar uma solução inadequada, ou mecanismos de fuga, como uso de cigarros, álcool, compulsividade, busca exagerada do prazer através de comidas, gastos, ou se colocando em situações de risco, ou seja, adquirindo transtornos e manias.

Ao contrário disso, o maior benefício da autoestima elevada funciona como uma “vacina”, uma arma eficaz contra o surgimento ou evoluções de patologias já existentes, leves ou severas, pois o indivíduo consegue lidar com questões difíceis em sua vida, funcionando de forma a bloquear as somatizações de todo esse desequilíbrio em seu corpo, evitando que sua situação não se agrave, e assim ele consiga corresponder melhor aos tratamentos.

Cabe mencionar que a pessoa com autoestima alta se sente confiante e valorizada tendo, em relação a si própria, afeto positivo, acreditando na própria competência, com capacidade para lidar com os desafios que lhes são impostos, adaptando-se, assim, às diferentes situações. Dessa forma, a pessoa com câncer e em tratamento quimioterápico, apresentando autoestima alta, pode enxergar a vida de outra maneira e, conseqüentemente, encarar a doença e o tratamento de forma diferente da dos pacientes que apresentam autoestima baixa (LEITE; NOGUEIRA; TERRA, 2015, p. 1086)

Deste modo, os autores acima citados demonstram a necessidade de intervenção do psicólogo, a fim de realizar seu trabalho neste contexto de patologias crônicas, pois o paciente em sofrimento, muitas vezes não consegue lidar com o diagnóstico, ou com as alterações corporais e psicológicas que ocorrem ao passar pelo estágio da doença e dos tratamentos, e assim, poderá ajudá-lo a estabelecer competências capazes de lhe proporcionar o equilíbrio e resiliência necessários para o enfrentamento, melhorando sua qualidade de vida.

2.5.2 Qualidade de vida de pacientes diagnosticados

Conforme Ferreira e Arantes (2014, p.1), a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da Constituição da Organização Mundial da Saúde em 1946, informou que a qualidade de vida, é um fator primordial para qualquer indivíduo, como um impulso que o torna capaz de lidar com suas questões físicas, psicológicas, relações sociais, nível de independência. Além disso, qualidade de vida não significa ausência de doenças.

Então, se o paciente em tratamento possui uma patologia, logo, esta poderá até mesmo agravar-se de certa forma ao longo do processo, enquanto se busca a cura. Porém, com auxílio da psicologia, eleva-se o nível de esperança, autoestima, estruturamento psíquico, e outras contribuições, de forma que o sujeito aumente sua capacidade biológica num processo gradativo de autoimunidade, favorecendo um ganho de tempo e eficácia com os tratamentos submetidos.

Considerando que os princípios do cuidado paliativo comportam uma filosofia de ação que privilegia a promoção da qualidade vida, a prevenção e o alívio do sofrimento, a discussão da integração precoce da palição nos cuidados aos sobreviventes de câncer é de extrema importância, uma vez que reforça a importância de uma abordagem multidimensional (física, funcional, emocional, econômica e social) das fases que se seguem ao diagnóstico, tratamento e pós-tratamento do câncer (SILVA et al., 2016, p.226).

De certa forma, o paciente oncológico está muito propenso a sofrer de sérias alterações psíquicas no decorrer do processo que se inicia, desde o momento em que ele busca por respostas às suas somatizações, por meio de exames e consultas. Em consequência, logo após os primeiros impactos sofridos no recebimento do diagnóstico, outras comorbidades podem aparecer, levando-o constantemente ao atendimento médico.

Diante disso, o indivíduo que recebe o diagnóstico passa por alguns medos, sendo eles: medo do abandono, medo da dependência, medo do retorno da doença no pós-tratamento, entre outros. Um dos estigmas mais evidentes é sobre a associação da palavra câncer à morte. E todo tipo de associação ruim ao estado físico e psicológico em que o indivíduo se encontra, acarreta em uma série de ansiedades.

Assim, chega-se ao ponto crucial de toda essa mudança, que é conviver e ultrapassar as fronteiras daquilo que parece ter se tornado para si como uma sentença de morte. A partir dessa consciência, ele precisará se tornar o responsável pelo “salvamento de sua própria vida”, através da capacidade de suportar as intervenções medicamentosas, de passar pelas mudanças de hábitos, a mudança de pensamentos e atitudes, como também, cria-se capacidades de resiliência o suficiente para sustentar e superar sua doença.

Estudos comparativos a dados de pesquisas feitas nos Estados Unidos e também no Brasil apontam que entre os brasileiros que se tornaram resilientes ao câncer em sua maioria são mulheres, recebem benefícios como aposentadoria. Sendo uma minoria de resilientes que exerce trabalho remunerado, numa quantidade três vezes menor que a população pesquisada nos Estados Unidos, pois naquele país foi criada na década de 90 uma lei em apoio à contratação de sobreviventes do câncer. Contudo, foi constatado que os sujeitos com níveis mais altos de

resiliência são do sexo masculino, solteiros, idosos, cuja principal renda advém do trabalho remunerado de um a três salários mínimos. (ANDRADE et al., 2013, p.482)

Entende-se então, que pacientes de doenças crônicas, possuem em sua maioria, a tendência de, em certos casos, entrarem em estado depressivos, compulsivos, sujeitos à agravamentos ou obtenção de transtornos psicológicos, sendo muitas vezes desencadeados de forma inconsciente, como medida protetiva criada por si mesmo, utilizando-se de mecanismo de defesa, que segundo Zimerman (2010, p. 129) são considerados como importantes.

Faz-se necessário apoio para readquirir bom relacionamento familiar, desempenho profissional, capacidade de elaborar planos e visualizar perspectivas. Esse apoio é sempre mais eficaz, e os resultados aparecem precocemente, quando compartilhado com um psicólogo especializado na área. (CARVALHO et al., 2008, p.43)

Portanto, a qualidade de vida é o resultado de um esforço duplo, onde o sujeito busca forças para se manter bem, em equilíbrio com seu corpo e mente, buscando apoio especializado quando necessário. Porém, quanto mais ativo e preocupado com sua saúde, o paciente tende a poupar-se mais, preservar-se, enfim, consegue guardar o melhor de si, para viver satisfatoriamente e de forma plena.

2.5.3 Exemplos de casos de benefícios em relação à qualidade de vida

O primeiro exemplo trata-se dos tratamentos proporcionados no Hospital de Barretos, no Departamento de Pediatria da Fundação Pio XII. Naquele local os cuidados psicológicos são focados tanto no paciente, quanto nos familiares, visando compreender as necessidades das crianças, das famílias e da equipe multidisciplinar. Para a avaliação psicológica e atendimentos, quando há novos casos, utiliza-se do ambulatório da Instituição, visando ceder informações importantes e colaborar para que a família compreenda o diagnóstico. São feitos grupos para dar apoio à família de crianças com câncer (GRAFA), grupos de apoio à equipe de pediatria chamado (GAEP), onde os profissionais podem sentir-se acolhidos diante das frustrações e conquistas profissionais. Criaram no local um grupo chamado ACOLHER, destinado a ajudar os pais e parentes que sofreram o luto, com o objetivo de oferecer cuidado integral a essas famílias.

Durante o período de internação, o acompanhamento é constante e tem a finalidade de fornecer habilidades para o enfrentamento de problemas específicos do sistema de saúde, bem como reduzir crenças disfuncionais em relação à doença e ao tratamento. Para contemplar as intervenções, o Departamento de Pediatria dispõe de duas brinquedotecas, ambientes lúdicos e adequados às crianças de todas as idades que proporcionam condições terapêuticas favoráveis. (SCANNAVINO et al., 2013, p. 43)

Para todos os tipos de atividades, existe naquele Hospital, ambientes apropriados para o cuidado e acolhimento, assim como a aplicação dos métodos necessários para cada público e necessidade. Isso com certeza proporcionará uma melhora na qualidade de vida do paciente, bem como dos familiares e profissionais do setor, que precisam lidar diariamente com situações difíceis e dolorosas.

O último exemplo, é do Hospital Universitário de Santa Maria, que criou um projeto intitulado “Qualidade de Vida na Hemato-oncologia”. Funcionava a partir de articulações de atividades realizadas, desenvolvidas a partir de fundamentos em Psico-Oncologia e qualidade de vida. O objetivo era proporcionar aos pacientes adultos com câncer um local apropriado para escuta e conversa, juntamente com práticas de atividades que possibilitem que os pacientes pudessem externalizar suas emoções advindas do processo da hospitalização e convivência com a doença. Para isso, usaram uma pequena sala, isolada, que estava desativada, e a tornaram em sala de grupo, e ela foi propícia para ajudar a amenizar a tensão que ocorre em clima hospitalar. Foram feitos grupos, onde as pessoas poderiam falar de suas doenças, de seus medos. Foram ouvidos os pacientes, de forma que as extencionistas trabalharam a ressignificação, de acordo com o relato de vida e necessidade de cada paciente.

Com este projeto percebe-se que ao proporcionar um ambiente acolhedor e humanizado que se pode melhorar a QV dos pacientes internados, no sentido de possuir um espaço que, embora dentro da instituição hospitalar, traga benefícios a eles. A escuta e as trocas de histórias de vida e experiências, fazem com que se fortaleça o vínculo entre os pacientes e auxilia a externalizar sentimentos e situações que lhes causam desconforto. Assim, através desse projeto, pode-se verificar que o psicólogo oncológico pode aproveitar os momentos neste espaço de escuta, para auxiliar o paciente a reconstruir valores e ressignificar experiências, de maneira a contribuir para uma revisão de situações vividas e possibilitar novas descobertas, contribuindo para a promoção da QV no ambiente hospitalar. (DE DEUS et al., 2011, p.8-9)

Em diversos materiais pesquisados, foi possível observar claramente a diferença entre as etapas que se deram antes dos atendimentos psicológicos aos pacientes e familiares, e o que ocorreu depois destes atendimentos.

Ainda que neste estudo benefícios tenham sido, brevemente relatados e não consigam de fato exprimir todo o conteúdo valioso acumulado durante as práticas terapêuticas realizadas em algumas instituições do país, tais como as escutas ao leito do hospital, as conversas em grupo, ou as visitas às salas de quimioterapia, de qualquer forma acredita-se que o exposto tenha sido enriquecedor, pois a figura do psicólogo nesse contexto foi apresentada como uma ponte para que o indivíduo vá além de si, de suas dores, angústias e incertezas, decepções, incapacidades, desesperanças, conforme as literaturas e pesquisas analisadas.

Ao proporcionar este o acolhimento, o ato de ouvir segredos e desabaços, escutar reclamações de como o paciente se sente abandonado ou desmotivado, com dores, desfigurado, fazer a leitura do simbólico e da subjetividade de cada paciente, dar voz a ele, sem julgamentos, estar presente, reiteram a valiosa contribuição do profissional psicólogo.

Muitos profissionais perceberam que após os pacientes conseguirem ressignificar as situações pelas quais estavam passando, que os mesmos começaram a reagir com palavras e atitudes de esperança, buscando a melhora da saúde em alguma atividade motivadora para o futuro. Como por exemplo, poder fazer algo que goste, casar um filho, realizar a própria formatura, viajar, voltar a trabalhar ou cuidar de casa, criar um filho ou ver os netos crescerem, e ainda outras atividades por eles informadas por eles durante os acompanhamentos.

Sendo assim, Fortes, Portuguez e Argimon (2009, p.456) esclarecem que o ser humano diante das dificuldades que envolvem risco, consegue através da resiliência, construir novos caminhos de vida, a partir do enfrentamento das situações.

Por fim, acredita-se que pacientes aos quais foi possibilitado a melhora da qualidade de vida através dos atendimentos psicológicos pós diagnóstico e ao longo da convivência com a doença, conseguiram criar capacidades de resiliência e motivações intrínsecas, ressignificando o estado de sua enfermidade, produzindo forças para o enfrentamento através dos tratamentos tais como quimioterapia e radioterapia, bem como cirurgias, e ainda, tornar-se motivadores de outras pessoas que também lutam contra o câncer, durante o tempo que passam juntos nos locais de tratamento, além de conseguirem fortalecer a própria família

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Ao se tatear a Metodologia Científica, avistou-se que a mesma, direciona o pesquisador acadêmico a contemplar de uma maneira ampla, recursos práticos que fundamentam o principal objetivo do trabalho e que norteia o estudo ao que se refere a pesquisa. Diante da necessidade de adotar o procedimento mais eficaz, quanto a relevância da formulação deste, foi identificado o estudo de caso, como sendo o ideal, por abarcar possibilidades que melhor propiciam a coleta de informações que se fazem necessárias para a realização deste.

A pesquisa foi subdivida em dois momentos, sendo o primeiro elencado no capítulo II do trabalho, através de revisão bibliográfica. Como critério de seleção, foram utilizados os materiais tais como artigos, revistas eletrônicas, selecionados de alguns sites acadêmicos e confiáveis quanto a sua cientificidade, tais como Google Acadêmico; SciELO, além de livros oriundos da biblioteca da FASIPE, dentre outros, que trouxeram à luz os pressupostos necessários para discorrer sobre o tema proposto. O segundo momento da pesquisa ficou a cargo da aplicação de um questionário contendo 23 perguntas semiestruturadas, com opções de múltiplas escolhas e espaços para anotações das respostas abertas. Com a aplicação do questionário, foi estabelecido contato direto com a entrevistada, podendo transformar em escrita, sensações importantes para a compreensão do assunto. Os dados foram analisados conforme as respostas obtidas por meio do questionário, utilizando-se do método qualitativo, entretanto, tornou-se necessário também, descrever as falas que a participante proferiu, no momento do preenchimento do questionário, sendo elas também anotadas, analisadas e embasadas cientificamente como complemento ao questionário aplicado. Os demais procedimentos metodológicos são apresentados em momento propício, nos tópicos apresentados em sequência: Tipo de pesquisa; população e amostra; coleta de dados.

3.1 Tipo de Pesquisa

O presente estudo, constitui-se por meio de, de natureza básica, com a abordagem qualitativa, sob o ponto de vista exploratório, cujo qual proporciona a possibilidade através de

um planejamento flexível, que além de tudo, possibilitou realizar entrevista com algum indivíduo que já tenha tido alguma experiência com o problema pesquisado, conforme Prodanov e Freitas (2013, p. 52).

Dessa forma, para o bom andamento do trabalho, foi necessário que o cerne do trabalho fosse pautado no planejamento da pesquisa, como também na preparação da mesma. De acordo com Gil (2002, p.17), “não há como elaborar uma pesquisa sem respeitar as etapas do processo que lhe compõe, caso contrário, as informações apresentadas não surtirão os efeitos desejados pelo pesquisador”.

Conforme corroboram Marconi e Lakatos (2010, p.139), “a pesquisa, portanto, é um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais”. Por isso, as realidades vivenciadas pelo paciente diagnosticado, todos os impactos sofridos e as formas de atenuá-los através da ação da Psico-Oncologia é que este estudo pretende se apresentar.

Diante disso, o procedimento utilizado ocorreu através de um estudo de caso, pois “O estudo de caso consiste em coletar e analisar informações sobre determinado indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade, a fim de estudar aspectos variados de sua vida, de acordo com o assunto da pesquisa” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p.59). Para isso, foi empregada uma entrevista através de um questionário com perguntas semiestruturadas.

3.2 População e Amostra

Como participante deste estudo de caso de vertente psicológica, foi escolhida aleatoriamente uma pessoa, da cidade de Sinop- MT, cuja escolha obedeceu apenas dois critérios, como: 1-Ter sido diagnosticada com câncer; 2- Ter se submetido à tratamentos e/ou cirurgias oncológicas. A participante foi contatada via telefone celular e interessou-se em participar do estudo. Com isso, o questionário foi aplicado em sua residência, no dia e horário por ela sugeridos.

3.3 Coleta de dados

A técnica empregada para coleta de dados como instrumento primário, foi a utilização de uma entrevista semiestruturada, contendo 23 perguntas com opções de múltipla escolha, havendo um espaço em branco em todas as questões para receber as respostas abertas. As perguntas de nº 20, nº 21, nº 22 e nº 23 foram elaboradas totalmente abertas, com espaços também para estas respostas.

Foram observadas questões éticas com relação à proteção da identidade da pessoa participante, conforme o Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005, p. 14), na alínea c, que diz: “Garantirá o anonimato das pessoas, grupos ou organizações, salvo interesse manifesto destes”. Na oportunidade, foram lidas todas páginas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que a mesma pudesse analisar e assinar, se acaso estivesse em acordo de participar da pesquisa. Após entregou-se à mesma uma via igual ao documento assinado, para arquivamento pessoal.

A segunda forma usada na coleta de dados tratou-se da Revisão de Literatura, apresentada no Capítulo II deste estudo, como instrumento secundário. Para isso, a Revisão foi embasada através de conteúdos extraídos de livros da biblioteca da FASIPE, revistas científicas, artigos recentes e outros materiais eletrônicos oriundos de sites científicos tais como SciELO, bvs-psi.org.br, Google Acadêmico, etc.

ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Por meio do instrumento denominado questionário semiestruturado, procurou-se saber como a participante recebeu diagnóstico de câncer; como foi sua relação com o câncer; também como os membros de sua família reagiram; se houve acesso da participante ao atendimento de Psico-Oncologia; se houve algum tipo de benefício pelo atendimento recebido; etc. Estes elementos e outros se fizeram necessários através das questões propostas, com o fim de elucidar os assuntos abordados na pesquisa bibliográfica, complementando assim o estudo. Ressalta-se que enquanto a participante lia ou respondia à cada questão, paralelamente a mesma fazia inúmeros comentários, utilizando-se de falas carregadas de fatores simbólicos, num processo que se aproximaria ao da “livre associação de idéias”, comum nas práticas psicanalíticas, onde o paciente é livre para falar aquilo que lhe vier à mente, conforme Zimmerman (2007, p.416).

Esta participante, doravante será mencionada no estudo com o nome de Red Rose, conforme Yin (2001, p.177), visando proteger sua identidade, observando princípios éticos. Além disso, levando-se em consideração o melhor aproveitamento da pesquisa, além das respostas requisitadas no questionário, serão também relatadas no estudo, as falas que a participante fez, numa tentativa de completar ou reforçar suas respostas do questionário proposto. Logo, uma das dificuldades que os pacientes diagnosticados de câncer encontram é o fato de ter que falar sobre sua doença, mesmo após terem sido curados, por isso, para compreender os impactos causados pelo diagnóstico e a convivência com o câncer, foi importante ouvir os relatos espontâneos. Esse cuidado deu-se pelo motivo de que muitas vezes procura-se organizar uma pesquisa de acordo com os interesses pré-definidos, entretanto, através da abertura para complementar o instrumento de pesquisa “ Tem-se a sensação de selecionar o que é relevante, porém esses dados também refletem um lado mais humano e sofrido do paciente, e a própria relação que se estabelece propõe um contato íntimo com esse sofrimento”. (CARVALHO et al., 2008, p.560). Contudo, visa-se atingir um dos intuitos que o estudo proposto pretendia apresentar, que são os impactos psicológicos a partir do diagnóstico de câncer, assim, fez-se necessário os itens observados serem também descritos.

Red Rose é uma mulher, com idade de 59 (Cinquenta e nove) anos, católica, do lar, viúva, mora sozinha, na cidade de Sinop-MT. É mãe de uma filha maior de idade, casada e que mora no mesmo bairro que sua mãe. Estudou até a 5ª. Série. O diagnóstico da senhora Red Rose foi o câncer de ovário. Ao iniciar o preenchimento do questionário, Red Rose contou que antes de descobrir o câncer, havia ido ao ginecologista e foi a primeira vez que fez um preventivo. O médico disse “*que tinha alguma coisa ali*”. Então, prontamente falou ao mesmo que poderia operar, “*se fosse câncer teria que tirar*”. Porém, na mesma época, consultou-se com um angiologista, que constatou “*que havia algumas veias entupidas*” e seria necessário também se submeter a cirurgias. Porém, ficou em dúvida sobre qual das cirurgias faria primeiro. Marcou então a cirurgia do ovário, para o próximo sábado após aquela consulta. Porém, teve que mudar de pensamento, porque naquela semana foi ao mercado, e viu uma mulher sendo empurrada numa cadeira de rodas. Quando Red Rose chegou em sua casa, ela ligou no hospital e marcou a cirurgia das varizes. Esta decisão foi tomada, pois, comparando-se à figura vista, não desejava se tornar uma pessoa dependente, tal como aquela mulher estava, ao ser empurrada.

Passados alguns dias, numa noite em sua casa, ela sentiu uma dor muito forte na região da barriga, o que a fez pensar que fosse algo corriqueiro e que logo passaria. Tomou um chá e foi deitar-se. Porém, sua sobrinha, uma jovem que tinha o hábito de passar na casa da tia para visitá-la ou chamá-la para sair, coincidentemente ligou e disse que passaria na casa dela mais tarde. Red Rose contou que não se sentia bem, mas não queria incomodar ninguém, pois sabia que teria que ir ao médico. Sua sobrinha pediu para dormir lá naquela noite. No outro dia, a moça foi trabalhar e contou para a filha de Red Rose, que foi até a casa. Red Rose deixou a chave da porta em um lugar determinado, de forma que alguém conhecido que soubesse do esconderijo pudesse adentrar à casa caso fosse preciso, porque achava que iria morrer naquela noite. Mesmo assim, trancou-se no quarto enquanto sentia fortes dores. Após conseguir sair do quarto, levaram-na ao hospital e foi preciso rapidamente uma cirurgia. Os médicos achavam, que era o intestino que havia se rompido, pois as imagens feitas não ficaram visíveis o suficiente para dar o diagnóstico. Somente durante a cirurgia e após a confirmação das análises do material coletado, verificaram que a mesma estava com câncer no útero. Após algum tempo, ela retornou ao mesmo hospital para fazer então a cirurgia vascular dos membros inferiores.

As seguintes perguntas são as mesmas que foram apresentadas à participante, acompanhadas das respostas assinaladas ou escritas, conforme livre escolha da mesma. Vale a pena ressaltar, que todas questões poderiam receber mais de uma opção a ser assinalada. Foi informado a participante que também não existiam respostas certas ou erradas. Sendo assim, possibilitou-se uma melhor compreensão dos fatores levantados como impactos psicológicos a

partir do diagnóstico de câncer. Também foi possível perceber se houveram benefícios proporcionados através da atuação da Psico-Oncologia. Em relação a apresentação das respostas abertas, escritas pela participante, serão descritas com a fonte em itálico, as demais respostas componentes das opções de múltipla escolha, serão descritas com a fonte normal.

Figura 1: Questionário Aplicado

<p>1- Antes do diagnóstico de câncer, como você cuidava da sua saúde? R: Sempre tive o hábito de fazer exames e consultas anualmente.</p> <p>2- Antes de receber o diagnóstico de câncer você praticava algum exercício físico? R: Às vezes. <i>Antigamente jogava bola.</i></p> <p>3- Antes de receber o diagnóstico de câncer como você se sentia? R: Bem.</p> <p>4- O que aconteceu quando você recebeu o diagnóstico de câncer? R: <i>“Normal, mas não consegui contar”.</i></p> <p>5- Quais dessas fases abaixo você acredita ter passado durante a convivência com o câncer? R: Aceitação.</p> <p>6- Qual o tipo de procedimento o médico pediu para que você fizesse após lhe dar a notícia de câncer? R: Quimioterapia.</p> <p>7- Depois do encaminhamento médico, na espera dos resultados de novos exames, como você se sentiu? R: Acreditava que estava tudo bem.</p> <p>8- Como sua família e as pessoas próximas se comportaram após saberem que você estava com câncer? R: Demorei para contar para alguém. R: Tive apoio das pessoas que me amam.</p> <p>9- Quando o tratamento iniciou, o que você mais temia? R: Temia que eu iria ficar sem cabelo.</p> <p>10- Quais tratamentos você já fez ou ainda terá que fazer? R: Quimioterapia. Fez 6 sessões e 1 cirurgia. (Obs: Esta cirurgia foi feita há 2 anos)</p> <p>11- Desde o início do tratamento, o que foi mais significativo positivamente ou negativamente para você? R: O bom atendimento no local de tratamento e consultas. R: O mal-estar durante ou após as sessões. R. A Amizade formada com os outros pacientes.</p> <p>12- O que te trouxe dificuldades durante a convivência com a doença? R: Deixar meu emprego e/ou as coisas que eu fazia antes. R: A adaptação aos medicamentos. R. Ficar com o emocional abalado.</p> <p>13- Como você foi informada sobre os procedimentos a serem feitos e dos efeitos colaterais dos tratamentos?</p>
--

Figura 2: Continuação

R: Pessoas capacitadas me informaram sobre tudo. (Obs. A psicóloga do hospital lhe passou todas as informações acerca do tratamento a ser iniciado e os efeitos colaterais).

14- Para participar dos tratamentos, você precisou?

R: Enfrentar tudo sozinho (a). R: Contar com a ajuda de amigos e/ou da família.

15- Durante os procedimentos médicos ou nas internações, quais recursos você acha que foram necessários?

R: Receber visitas de voluntários no setor em que eu estava. R: *Visita da Refecis.*

16- Desde o dia em que recebeu o diagnóstico de câncer, até o dia de hoje, você já recebeu algum tipo de atendimento psicológico no setor de oncologia ou particular?

R: Sim. R: Poucas vezes.

17- Em relação ao atendimento de um profissional de psicologia no setor de oncologia, você considera que:

R: É algo importante. R: Todos os pacientes deveriam ter a oportunidade de serem atendidos.

18- O Câncer mudou o que na sua vida?

R: *“Não mudou”.*

19- Como você enfrentou/enfrenta a doença?

R: Animando as pessoas ao meu redor. R: Sempre acreditei na cura.

20- Como você avalia as equipes e os locais de atendimento (clínicas ou hospitais) onde fez seus procedimentos?

R: *“Muito bom, fui bem atendida”.*

21- O que você considera como maior impacto psicológico sofrido desde o dia que recebeu o diagnóstico até hoje?

R: *“Eu me sentia feia, cair o cabelo”.*

22- Na sua opinião, qual o maior benefício que o atendimento psicológico pode trazer para um paciente diagnosticado de câncer?

R: *“Eu me senti bem”.*

23- Como você se sentiu ao responder este questionário?

R: *“Foi importante”.*

Fonte: Cunha (2018)

4.1 Escuta e interpretação do processo de entrevista

A seguir, serão descritos os dados coletados a partir dos procedimentos de escuta e observação, decorrentes do processo de entrevista, onde foi levado em conta as falas da participante, transcritas integralmente conforme foram expressas, sem alterações de concordâncias ou ajustes:

4.2 Cabeçalho do Questionário: Quesito ocupação

Ao preencher o cabeçalho do questionário com seus dados, a participante demonstrou certa dificuldade, onde também verbalizou: *“Eu não faço nada, mas faço tudo”*. Contou que ajudava a colocar cerâmica na casa onde mora e também ajudou na construção do escritório da filha. *“Se tivesse que subir em cima da casa eu achava mais gostoso, dá aquela sensação de liberdade”*. *“Agora parece que eu não tenho tanta força como eu tinha antes”*. *“Eu pegava dois sacos de cal, colocava na cabeça e abraçava o saco de cimento e carregava tudo junto...”* Falou ainda, que quando era mais jovem, morava com a família na roça, carregava peso no serviço, e mesmo assim, no final de semana ia jogar futebol, tinha disposição. Dessa forma, percebe-se que a paciente relutava em demonstrar sua fragilidade, comparando-se com a época em que era mais jovem, sem doença, sem dores, época em que podia fazer o que a maioria das mulheres fazia, por isso a dificuldade em escrever no papel a resposta. Antes, enxergava-se forte, saudável, hoje descaracterizada.

[...] diante de angústias insuportáveis, tenta regredir para um tempo e um espaço que lhe foi tão protetor e gratificante; no caso de uma excessiva frustração que foi a determinante do ponto de fixação, a regressão dá-se, muitas vezes, sabemos hoje, como uma tentativa de resgatar alguns “buracos negros” existenciais. (ZIMERMAN, 2010, p.92)

Figura 3: Questão 4: O que aconteceu quando você recebeu o diagnóstico de câncer?

“Eu não sei se fiquei com vergonha, porque eu não tive coragem de contar pros outros. Porque se não, os outros iam apontar o dedo para mim. Iam dizer: Ela tá com câncer! Ela tá com câncer! Não fiquei com raiva não. Fiquei normal! Eu não entendo porque, mas eu não tive medo. Não tive raiva. Achava: é pra mim? Eu que tenho que passar! E parece que eu não contaria porque se não iam apontar: Aquela lá tá com câncer!” Camargo et al. (2008, p.214) corroboram que a primeira reação após o recebimento do diagnóstico é a negação, sendo facilmente trocada por uma aceitação parcial. Entretanto, nota-se que os aspectos ligados à autoestima já começaram a ser afetados na participante, diante do diagnóstico recebido.

Fonte: Cunha (2018)

Figura 4: Questão 5: Quais dessas fases abaixo você acredita ter passado durante a convivência com o câncer?

“Os médicos achavam que era rompimento do intestino, porque não dava para enxergar nada”. “E eu nem para falar que tinha os exames em casa, estava tudo pronto para cirurgia do útero. Esqueci!” “Eram três médicos, os três sentaram na minha cama e conversaram comigo, falaram que eu tinha 30% de chance de vida”. “É sério isso doutor!” (Ela sorriu) “Tenho tudo isso de chance?”. Segundo Borges e Peres (2013, p.175), diversos são os mecanismos de defesa empregados por pacientes oncológicos, a fim de preservá-los diante do impacto causado pela doença. Red Rose, contou ainda que pediu para tomar um banho antes da cirurgia. Esta preocupação com o corpo, em deixa-lo limpo, talvez fosse uma forma que ela encontrou, de purificar-se, tendo em vista que nas próximas respostas ele tenha revelado o real pensamento que tinha em relação à possibilidade de morte, que neste caso, serviria para salvar a vida de seu irmão que precisava na época, de um transplante de coração.

Fonte: Cunha (2018)

Figura 5: Questão 8: Como sua família e as pessoas próximas se comportaram após saberem que você estava com câncer?

“Antes de eu sair do hospital meu irmão foi até me visitar”. “Eu estava toda feliz porque eu ia morrer e meu coração ia ser dado pra ele.” “A gente era tão grudado que até o que era pra um ter, como o câncer, o outro também teve.” “Antes de entrar na cirurgia eu falei pra minha sobrinha: Se eu morrer, você sabe para quem eu ia dar o meu coração né?” “É pro seu pai.”. “Ele tinha câncer e fazia tratamento do coração, foi até me ver no hospital, mas morreu primeiro que eu.” A atitude de querer doar seu coração ao irmão, talvez se desse numa posição de reafirmar que independente do que viesse a acontecer, sua atitude da doação, transformaria o caos da morte, em uma perpetuação, ato heroico ou salvífico, sendo ainda considerado como um mecanismo de defesa empregado pela participante, como a projeção, segundo Borges e Peres (2013, p.175).

Fonte: Cunha (2018)

Figura 6: Questão 10: Quais tratamentos você já fez ou ainda terá que fazer?

A participante descreveu a sensação que teve, ao submeter-se a primeira sessão de quimioterapia. *“Senti a quimioterapia entrar na minha veia, passar dentro da minha barriga, onde fiz a cirurgia, andar por todo meu corpo e ir parar na cabeça.” “Era quente”. “Senti um calor muito forte, envolvendo o corpo e foi até a cabeça”*. Nessa hora, segundo descreveu, sentiu que o cabelo todo iria cair. *“Matou tudo!”* Red Rose informou que nunca contou isso que ela sentiu para ninguém, nem para o médico, nem para a psicóloga, enfatizou. Esse primeiro impacto sentido em relação à quimioterapia denota o desejo de que a medicação realmente atingisse o local afetado, que neste caso, estava situado na barriga (útero) onde recebeu a cirurgia, mas esse desejo veio acompanhado do medo que possuía em relação à perda dos cabelos.

Fonte: Cunha (2018)

Figura 7: Questão 14: Para participar dos tratamentos, você precisou?

“Eu tive apoio do meu marido, mas ele nem conta, porque não está vivo”.

Diante da fala ouvida, perguntou-se a participante se seu marido realmente havia lhe apoiado, a fim de confirmar o que ela disse acima, pois no início do questionário, a mesma havia informado que era viúva. Então, ela disse que se ele estivesse vivo, cuidaria muito bem dela, mas já tinha morrido antes, em um acidente de trabalho, por queda de altura. Segundo a senhora Red Rose, seu esposo era muito carinhoso e se preocupava muito com ela. Assim, num ato falho, evocou a presença do homem com quem dividiu todos muitos momentos de sua vida, mas justamente neste momento difícil ele não esteve lá, por isso de forma inconsciente o trouxe presente. Portanto, percebe-se que seu desejo era de ter tido o apoio de alguém.

Fonte: Cunha (2018)

Figura 8: Questão 19: Como você enfrentou/enfrenta a doença?

“Eu Saía da quimioterapia e ia na rua pagar as contas e resolver as coisas”. “Minha filha falava que ia me buscar, mas eu dizia que tinha ido com uma amiga que morava perto da minha casa. Eu me sentia bem após a quimioterapia, só por uns dois dias, depois piorava. Só ia melhorar perto de fazer a próxima quimio. Eu ficava reparando os homens que faziam quimio junto com a gente. Tinha uns que nem caía o cabelo. Ficava tudo arrumadinho. Como é que pode! Eu fazia piada com eles. A gente conversava com todo mundo lá. ”

Fonte: Cunha (2018)

Figura 9: Questão 20- Como você avalia as equipes e os locais de atendimento (clínicas ou hospitais) onde fez seus procedimentos?

Red Rose contou que ganhou um livrinho explicativo, que continha explicações sobre questões alimentares, informações odontológicas, e que tratava também dos efeitos colaterais da medicação. *“A gente pensa que vai lá receber medicação, mas primeiro eles explicam. “Isto foi um marco muito importante na vida da participante, desconstruindo medos e ansiedades criadas em prol do tratamento. Essa desconstrução deu abertura para uma melhor assimilação e para a construção de elaborações mais concretas a partir de informações recebidas. Zimerman (2010, p.272), menciona o fato de que o paciente ao realizar a elaboração, implica em abandonar o mundo de “faz-de-contas”, entretanto, esse processo pode causar sofrimento.*

Fonte: Cunha (2018)

Figura 10: Questão 21- O que você considera como maior impacto psicológico sofrido desde o dia que recebeu o diagnóstico até hoje?

“Eu me sentia feia. Porque a gente fica verde! ” (Sorriu) “A gente fica muito feia! Muito feia mesmo! Feia de mais!” Conforme Zimerman (2010, p.244), ao olhar-se no espelho, bem como ao perceber as demais pessoas com quem realizava a quimioterapia, a participante atribui a despersonalização sentida através de identificações projetivas, de forma que sua estrutura psíquica não consegue reconhecer-se, ou ao outro.

Figura 11: Questão 22- Na sua opinião, qual o maior benefício que o atendimento psicológico pode trazer para um paciente diagnosticado de câncer?

“A gente se sente bem, melhor. Às vezes só de alguém conversar com a gente, a gente se sente bem, melhor. ” “Eu procurei um dia a psicóloga também, mas nem foi por mim, foi por causa da minha filha. Acho que outras pessoas precisam mais.”

Fonte: Cunha (2018)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no entendimento propiciado pelo presente estudo, é possível afirmar que quando um indivíduo recebe o diagnóstico de uma doença grave, a partir daquele momento inicia-se um processo difícil de elaboração psíquica relacionada a diversos fatores, causando uma ruptura entre o aceitável e a realidade. Muitas vezes, essa realidade soa quase que de forma inaceitável, pois tudo depende da subjetividade deste sujeito e do estágio da sua doença. Conviver com algo destruidor dentro de si provoca uma série de impactos, sendo um deles, o medo de morrer. Diante disso, ao iniciar o processo de aniquilamento deste intruso, que neste caso é o câncer, através de um tratamento ou de alguma cirurgia, inevitavelmente o próprio paciente também é atingido fisicamente e psicologicamente.

Contudo, o avanço da ciência psicológica alavancou-se criando modalidades de atendimentos específicos para alguns casos, sendo uma delas, a Psico-Oncologia, que visa minimizar o sofrimento do paciente oncológico, proporcionando-lhe melhoras significativas na qualidade de vida, bem como auxiliando em estratégias de enfrentamento da doença, promovendo a melhor adesão aos tratamentos, colaborando na elevação autoestima e até no aumento da sobrevivência do paciente.

Dessa forma, diante das hipóteses levantadas, através do estudo de caso realizado, foi possível identificar que de fato estes impactos afetam a vida do sujeito diagnosticado e que a presença do profissional da psicologia neste meio é muito importante. Como um exemplo, pode-se observar uma resposta da participante no questionário, onde ela informou que seu maior impacto sofrido foi a queda de seus cabelos. Diante disso, a mesma verbalizou: *“Eu me sentia feia. Porque a gente fica verde!”* Nota-se que quando ela fez esta observação, já se percebe o processo de despersonalização e da diminuição da autoestima, sendo perceptível traumas ocasionados em decorrência dos grandes impactos sofridos.

Por outro lado, em se tratando dos benefícios levantados na revisão bibliográfica, em comparação ao estudo de caso, faz-se importante ressaltar que antes da participante receber a primeira quimioterapia, a mesma foi acolhida no hospital, através de uma psicóloga que lhe

explicou os pontos importantes do tratamento, principalmente os efeitos colaterais e isso foi destacado por ela, como sendo um fator primordial que possibilitou a melhor adesão e sua participação nos tratamentos.

De fato, não há como evitar o sofrimento diante da doença ou do tratamento, mas há medidas que favorecem para que essas ocorrências sejam menores, com menos danos e passíveis de resiliência. Contudo, a participante apresentou bons resultados em relação ao aumento da qualidade de vida, apesar de empregar mecanismos de defesa durante quase todo o processo de enfrentamento da doença, o que é considerado dentro da normalidade, em comparação à revisão bibliográfica levantada. Então, buscando motivações intrínsecas e extrínsecas estabeleceu o fortalecimento de si, visando a cura e reinserção social, tornando-se voluntária em uma ONG que atende pacientes oncológicos.

Acredita-se que o estudo funcionou de forma satisfatória, apresentando não somente os dados propostos, mas revelou ainda mais fatores importantes diante da pesquisa realizada.

Por fim, tornam-se necessárias mais pesquisas aprofundadas sobre como os impactos psicológicos interferem na vida do paciente e de que forma a Psico-Oncologia pode contribuir da melhor forma para reduzir e tratar esses impactos, favorecendo a melhora do paciente em sua integralidade, sempre com o foco no paciente e não em sua doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Francine Pereira et al. Perfil sociodemográfico e econômico dos sobreviventes ao câncer segundo o grau de resiliência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 2, p. 476-484, jun. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out 2018.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica.** 2.ed. São Paulo: Cengage Learning Edições Ltda, 2014. 318p.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). **Psicologia Hospitalar: teoria e prática.** 6.ed. São Paulo: Cengage Learning Edições Ltda, 1999. 120p.

ARAUJO, Ronaldo Sales de; LIMA, Nádia Laguárdia de. A clínica psicanalítica no hospital com mulheres em tratamento de câncer de mama. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro , v. 47, n. 2, p. 90-102, dez. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382015000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out 2018.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anvisa aprova três novos medicamentos biológicos**, de 12 de junho de 2018. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/noticias/>> Acesso em: 13 jun 2018.

BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO; Odair; TEXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia.** 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2009. 365p.

BORGES, Alini Daniéli Viana Sabino et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, Agosto. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun 2018.

BORGES; Gizelle M.; PERES, Rodrigo S. Mecanismos de Defesa em Pacientes Oncológicos. Recidivados: Um Estudo Clínico-Qualitativo. Uberlândia: 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v7n2/05.pdf>>. Acesso em: 04 nov 2018.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2011. 128p.

CARVALHO, Maria Margarida. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2018.

CARVALHO, Vicente Augusto et al. **Temas em Psico-oncologia**. 1. ed. São Paulo: Summus, 2008. 648p.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v.24, n.3, p. 48-57, set. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun 2018.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Código de Ética**. Brasília, Agosto, 2015. Disponível em <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia-1.pdf>>. Acesso em: 16 junho 2018.

CHRISTO, Zuriel Mello de; TRAESEL, Elisete Soares. Aspectos Psicológicos do Paciente Oncológico e a Atuação da Psico-Oncologia no Hospital. **Disc. Scientia**, Santa Maria, v.10, n.1, p.75-87, 2009. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/Portals/36/Artigos%202009%20CH/06.pdf>>. Acesso: 24 de abr de 2018.

CORMANIQUE, Thayse Fachin et al . Estresse psicológico crônico e seu impacto no desenvolvimento de neoplasia mamária agressiva. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 352-356, set. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000300352&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out 2018.

COSTA JUNIOR, Áderson L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 21, n. 2, p. 36-43, Junho 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200005>. Acesso em: 22 jun 2018.

DE DEUS, Meridiane Domingues, et al. **Psico-oncologia e qualidade de vida: atuação na hemato-oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria (2011)**. XV Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão, Trabalho de extensão – UFSM, 2011. 10p. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/sepe2011/Trabalhos/1542.pdf>>. Acesso em: 09 jun 2017.

FERREIRA, Deborah Melo; ARANTES, Juliana Miranda Castro. Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise. **Analytica Rev. Psicanálise**. São João Del Rei, v.3. n. 5. p. 37-71.

jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v3n5/v3n5a04.pdf>>. Acesso em: 09 jun 2017.

FORTES, Tatiane Favarin Rech; PORTUGUEZ, Mirna Wetters; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 26, n. 4, p. 455-463, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2002. 200p.

GRANDESSO, Marilene; BARRETO, Miriam Rivalta (Org.). **Terapia comunitária: tecendo redes para a transformação social: saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo: ABRATECOM-Associação Brasileira de Terapia Comunitária, 2010. 474p.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **INCA estima cerca de 600 mil casos novos de câncer para 2018**, de 02 de fevereiro de 2018. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 14 fev 2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016/2017**, de 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>>. Acesso em: 23 nov 2016.

KNOBEL, Elias. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008. 374p.

KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e desenvolvimento humano**. 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. 253p.

KOVÁCS, Maria Julia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. 253 p.

KOVACS, Maria Julia; FRANCO, Maria Helena Pereira; CARVALHO, Vicente Augusto. **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. 648p.

LEITE, Marília Aparecida Carvalho; NOGUEIRA, Denismar Alves; TERRA, Fábio de Souza. Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.23, n.6, p.1082-1089, dez. 2015.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01082.pdf>. Acesso em: 09 de jun 2017.

MENEZES, Natália Nogueira Teixeira de; SCHULZ, Vera Lucia; PERES, Rodrigo Sanches. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estud. psicol. (Natal)**. Natal, v. 17, n.2, p. 233-240, ago. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun 2018.

MELLO-FILHO, Julio de. **Psicossomática hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 616p.

PAPALIA, Diane E.; FELMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 800 p.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 276 p.

ROSS, Elisabeth Kubler. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 296p.

SCANNAVINO, Camila Saliba Soubhia, et al. Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicol. USP**. São Paulo, v.24, n.1, p.35-53, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v24n1/v24n1a03.pdf>>. Acesso em: 09 jun 2017.

SILVA, Cinthia Pereira, et al. Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade da Sobrevida do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.62, n.33, p.225-235, 2016. Disponível: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/05-artigo-significado-dos-cuidados-paliativos-para-a-qualidade-da-sobrevivencia-do-paciente-oncologico.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da Saúde: Uma abordagem Biopsicossocial**. 3ª ed. São Paulo: Artmed, 2014. 528p.

VENÂNCIO, Juliana Lima. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 50, p.55-63, fev. 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf>. Acesso em: 16 jun 2018.

YIN, Roberto K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205p.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos Psicanalíticos**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 478p.

APÊNDICE



FACULDADE DE SINOP CURSO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DO ESTUDO: OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE DIAGNOSTICADO COM CÂNCER SOB OS BENEFÍCIOS DA PSICO-ONCOLOGIA

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, o pesquisador responsável pelo estudo e a equipe desta pesquisa estarão disponíveis para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

OBSERVAÇÃO: Caso o participante não tenha condições de ler e/ou compreender este TCLE, o mesmo poderá ser assinado e datado por um membro da família ou responsável legal pelo paciente.

Objetivo do Estudo

Objetivo Geral:

- Evidenciar os impactos psicológicos sofridos pelo paciente a partir do diagnóstico de câncer.
- Evidenciar os benefícios da Psico-Oncologia ao paciente com câncer.

Os Objetivos Específicos são:

- Descrever alguns fatores impactantes diante do recebimento do diagnóstico de câncer;
 - Apresentar como se dá a relação entre o paciente e o câncer;
 - Evidenciar a razão pela qual o psicólogo precisa estar inserido no contexto de tratamento oncológico;
 - Discorrer sobre a Psico-Oncologia e quais benefícios ela proporciona, focando na melhora da qualidade de vida do paciente.
-

Duração do Estudo

A sua participação no estudo será de aproximadamente 30 minutos.

Procedimento do Estudo

Após entender e concordar em participar, será entregue ao Senhor (a) o questionário, juntamente com uma caneta, para preenchimento do mesmo.

Serão lidas para o (a) Senhor (a) todas as perguntas do questionário, a fim de esclarecer da melhor forma o possível sobre o instrumento.

Riscos Potenciais, Efeitos Colaterais e Desconforto

Não há riscos, nem efeitos colaterais em relação à participação na pesquisa proposta.

Em caso de desconforto, o (a) participante poderá parar de responder à pesquisa se desejar.

Benefícios para o participante

Não há benefício direto para o participante desse estudo. Trata-se de um estudo para a verificação de hipóteses relacionadas aos impactos psicológicos a partir do diagnóstico de câncer, bem como relacionadas aos atendimentos de Psico-Oncologia ao paciente com câncer.

Sendo assim, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício.

Contudo, os resultados obtidos com este estudo poderão colaborar para fomentar novas pesquisas sobre o assunto.

Compensação

Você não receberá nenhuma compensação para participar desta pesquisa e também não terá nenhuma despesa adicional.

Participação Voluntária/Desistência do Estudo/Descontinuação do Estudo

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser.

Importante esclarecer, que o pesquisador poderá retirá-lo do estudo, caso os procedimentos do estudo possam apresentar algum risco para a sua saúde, ou em casos de complicações devido aos procedimentos. Mas isso tudo será devidamente informado ao (a) Senhor (a).

Confidencialidade

Todas as informações colhidas e os resultados dos testes serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do paciente a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações. Fica claro que serão observadas questões importantes acerca do sigilo e da ética, conforme o Código de Ética do Profissional do Psicólogo (2005).

Quem Devo Entrar em Contato em Caso de Dúvida

Em caso de dúvidas, poderá entrar em contato com os responsáveis pelo estudo, que neste caso são: Elaine Cristina Cunha (Acadêmica Pesquisadora) pelo telefone: (66) 9-9939.1855 ou falar com o senhor Rafael Alexandre Prado, Psicólogo e Especialista, Professor (Orientador), através do telefone: (66) 9-9907-5815. Entretanto, se houver a necessidade, também poderá procurar a Coordenadora do curso de Psicologia da FASIPE, a Psicóloga Professora Especialista Cleoní Carmen Regauer, através do telefone (66) 3517-1320, ou até mesmo ir pessoalmente na Faculdade FASIPE, de manhã ou à noite no seguinte endereço: Av. Magda Cassia Pissinati Nº 69, Residencial Florença - Sinop – MT.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado “**OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE DIAGNOSTICADO COM CÂNCER SOB OS BENEFÍCIOS DA PSICO-ONCOLOGIA**”.

Li e entendi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tornando-me assim o objeto de estudo. Dessa forma eu estou ciente dos benefícios e riscos. Recebi explicações sobre o preenchimento do questionário e tive a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas. Estou ciente de que estou livre para decidir se participo ou não da pesquisa. Sei que ao assinar o presente documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Nome do Participante da Pesquisa Letra de Forma ou à Máquina

Data

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome do Representante Legal do Participante da Pesquisa Letra de Forma ou à Máquina (quando aplicável)

Data

Assinatura do Representante Legal do Participante d Pesquisa (quando aplicável)

Nome da pessoa obtendo o Consentimento

Data

Assinatura da Pessoa Obtendo o Consentimento

Nome do Pesquisador Principal

Data

Assinatura e Carimbo do Pesquisador Principal

Observação: Este documento é elaborado e deverá ser assinado em duas vias: uma será entregue ao participante (sujeito da pesquisa) e a outra via ficará com o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador, pelo participante da pesquisa ou seu representante legal.



FACULDADE DE SINOP CURSO DE PSICOLOGIA

QUESTIONÁRIO

Você está convidado (a) a responder este questionário anônimo que faz parte da coleta de dados de uma pesquisa ética e profissional que trata do tema “**OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE DIAGNOSTICADO COM CÂNCER SOB OS BENEFÍCIOS DA PSICO-ONCOLOGIA**”, cujo qual é de responsabilidade da pesquisadora (a) Elaine Cristina Cunha, telefone: (66) 9-9939.1855, estudante do 10º semestre de Psicologia da Faculdade FASIPE, da cidade de Sinop-MT, orientanda do professor Esp. Rafael Alexandre Prado, da mesma instituição. Caso você concorde em participar da pesquisa, leia com atenção os seguintes pontos: a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza; b) você pode deixar de participar da pesquisa e não precisa apresentar justificativas para isso; c) sua identidade será mantida em sigilo; d) caso você queira, poderá ser informado(a) de todos os resultados obtidos com a pesquisa, independentemente do fato de mudar seu consentimento em participar da pesquisa; e) você poderá responder mais de uma opção numa mesma pergunta.

Local e data da aplicação: _____
Nome (Somente as letras iniciais): _____
Idade: _____ **Sexo:** () F () M **Religião:** _____
Estado Civil: _____
Tem filhos: () Sim () Não
Quantos filhos menores: _____ **Quantos filhos maiores:** _____
Ocupação: _____
Grau de Escolaridade: _____
Quantas pessoas residem na sua casa: _____
Diagnóstico: _____

PERGUNTAS:

1- Antes do diagnóstico de câncer, como você cuidava da sua saúde?

- () Sempre tive o hábito de fazer exames e consultas anualmente
 () Não tinha o hábito de cuidar da saúde
 () Só procurava o médico se fosse realmente necessário
 () buscava a medicina alternativa ou fazia uso de chás caseiros
 () Procurava o médico por conta de campanhas de prevenção na TV, rádio, internet ou outros meios de comunicação
 () Outros: _____

2- Antes de receber o diagnóstico de câncer você praticava algum exercício físico?

- () Sim
 () Não
 () Às vezes
 () Outros: _____

3- Antes de receber o diagnóstico de câncer como você se sentia?

- Bem
- Desconfiado (a)
- Doente
- Saudável
- Cansado (a)
- Outros: _____

4- O que aconteceu quando você recebeu o diagnóstico de câncer?

- Fiquei com medo
- Achava que eu iria morrer
- Fiquei com raiva
- Pesquisei sobre a doença
- Fiquei com vergonha
- Outros: _____

5- Quais dessas fases abaixo você acredita ter passado durante a convivência com o câncer?

- Negação
- Revolta
- Barganha (promessas de ser uma nova pessoa se conseguir chegar à cura, etc.)
- Depressão
- Aceitação
- Outros: _____

6- Qual tipo de procedimento o médico pediu para que você fizesse após lhe dar a notícia do câncer?

- Mais exames
- Mudança de hábitos
- Quimioterapia
- Cirurgia
- Pediu para que me preocupasse menos
- Outros: _____

7- Depois do encaminhamento médico, na espera dos resultados de novos exames, como você se sentiu?

- Ansioso (a)
- Com medo
- Meu estado de saúde piorou
- Indiferente
- Acreditava que estava tudo bem
- Outros: _____

8- Como sua família e as pessoas próximas se comportaram após saberem que você estava com câncer?

- Começaram a me tratar diferente
- Demorei para contar para alguém
- Alguém que eu gostava muito se afastou de mim
- Não tive apoio de quem eu gostaria
- Tive apoio das pessoas que me amam
- Outros: _____

9- Quando o tratamento iniciou, o que você mais temia?

- Temia que os tratamentos não funcionassem
- Temia que eu iria ficar sem cabelo
- Temia os efeitos colaterais dos tratamentos
- Temia que tratamentos fossem dolorosos

Temia que eu não iria sobreviver por muito tempo

Outros: _____

10- Quais tratamentos você já fez ou ainda terá que fazer?

Quimioterapia

Radioterapia

Cirurgia

Imunoterapia

Outros: _____

Quantas sessões feitas: _____

Quantas cirurgias: _____

11- Desde o início do tratamento, o que foi mais significativo positivamente ou negativamente para você?

O bom atendimento no local de tratamento e consultas

O mal atendimento no local de tratamento e consultas

O tempo de duração dos procedimentos

O mal estar durante ou após as sessões

A amizade formada com os outros pacientes

Outros: _____

12- O que te trouxe dificuldades durante a convivência com a doença?

Deixar meu emprego e/ou as coisas que eu fazia antes

Dependendo de outras pessoas

A adaptação aos medicamentos

Perceber que as pessoas mudaram a forma de me tratar

Ficar com o emocional abalado

Outros: _____

13- Como você foi informada sobre os procedimentos a serem feitos e dos efeitos colaterais dos tratamentos?

Descobri tudo sozinho (a)

Vi outras pessoas comentando

Pessoas capacitadas me informaram sobre tudo

Falaram sobre os tratamentos mas não comentaram sobre os efeitos colaterais

Eu tive que procurar informações

Outros: _____

14- Para participar dos tratamentos, você precisou?

Viajar frequentemente para outras cidades

Se mudar para a cidade onde fez ou faz os procedimentos

Dependendo de favores de conhecidos

Enfrentar tudo sozinho (a)

Contar com a ajuda de amigos e/ou da família

Outros: _____

15- Durante os procedimentos médicos ou nas internações, quais recursos você acha que foram necessários?

Ouvir música

Receber o atendimento psicológico

Pensar em coisas boas

Receber visitas de voluntários no setor em que eu estava

Projetar o que iria fazer depois que me curasse

Outros: _____

16- Desde o dia em que recebeu o diagnóstico de câncer, até o dia de hoje, você já recebeu algum tipo de atendimento psicológico no setor de oncologia ou particular?

- Sim
 Não
 Poucas vezes
 Muitas vezes
 Gostaria de ter sido atendido (a)
 Outros: _____

17- Em relação ao atendimento de um profissional de psicologia no setor de oncologia, você considera que:

- É algo importante
 Não faz a diferença
 Todos os pacientes deveriam ter a oportunidade de serem atendidos
 Acho desnecessário
 Me trouxe segurança
 Outros: _____

18- O Câncer mudou o que na sua vida?

- O modo como hoje eu enxergo a vida
 Minha vida financeira
 O modo como eu me cuido
 O modo como me relaciono com as pessoas
 Mudou a minha vida inteira
 Outros: _____

19- Como você enfrentou/enfrenta a doença?

- Com fé
 Sem esperanças
 Animando as pessoas ao meu redor
 Desanimando as pessoas ao meu redor
 Sempre acreditei na cura
 Outros: _____

20- Como você avalia as equipes e os locais de atendimento (clínicas ou hospitais) onde fez seus procedimentos?

21- O que você considera como maior impacto psicológico sofrido desde o dia que recebeu o diagnóstico até hoje?

22- Na sua opinião, qual o maior benefício que o atendimento psicológico pode trazer para um paciente diagnosticado de câncer?

23- Como você se sentiu ao responder este questionário?
