

**AJES – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA  
BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**DO DIAGNÓSTICO À MORTE: AS DIFICULDADES E ANGÚSTIAS DO  
CUIDADOR DA PESSOA COM CÂNCER**

**Autora: Isabel Vieira Braz Gomes**

**Orientadora: Me. Sônia Waltrick Ramos**

**JUÍNA/ 2014**

**AJES - INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA**  
**BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**DO DIAGNÓSTICO À MORTE: AS DIFICULDADES E ANGÚSTIAS DO  
CUIDADOR DA PESSOA COM CÂNCER**

**Autora: Isabel Vieira Braz Gomes**

**Orientadora: Me. Sônia Waltrick Ramos**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Psicologia, da Faculdade do Instituto Superior de Educação do Vale do Juruena como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

**JUÍNA/2014**

**AJES – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA  
BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Professora: Dr. NÁDIE CHRISTINA F. MACHADO SPENCE**

---

**Professora: Dr. LEDA MARIA DE SOUZA VILLAÇA**

---

**Orientadora: Me. SÔNIA WALTRICK RAMOS**

## DEDICATÓRIA

À minha “família” em especial, meus filhos e minhas irmãs que estiveram sempre presentes nos momentos mais difíceis e turbulentos dessa jornada.

## AGRADECIMENTO

A Deus, Pai Supremo de bondade, por ter me acompanhado nos momentos mais difíceis desse percurso.

À minha família pela compreensão e força nessa jornada. Às minhas irmãs, pela força e ajuda nas horas de desânimo e dor.

Aos meus pais pela vida, educação e recursos. Por ensinarem o caminho, pelo carinho, preocupação e orações.

Em especial, aos meus queridos filhos: André, Fabricio e Luiz Roberto Junior, que souberam compreender minhas angústias, preocupações e ausências uma vez que já convivem com a “ausência eterna do pai”. À minha nora Nádia e a você Kaique Gabriel que completaram nossas vidas.

Aos meus amigos: Márcia, Tuna, Luiz e Huriedes pela presença e pela força, cada um de sua maneira, me ajudou a superar as dores e angústias diante dos acontecimentos e que não foram poucos.

Aos meus queridos colegas de turma “os 9s”, que durante esse período de convivência, também vivenciaram junto comigo os “desafios” que a vida me reservou, obrigada pela força e apoio.

Aos Cuidadores por partilharem de suas experiências num momento de dor.

À Psicóloga e escritora Roseli M. Kuhnrich de Oliveira pela prestatividade ao enviar seu material de pesquisa.

Aos professores que não mediram esforços para transmitir seus conhecimentos e me ajudaram a trilhar caminhos em busca da nova profissão, em especial à Josimara e ao Curbelo, por acreditarem no curso em Juína e transformá-lo em realidade.

Minha gratidão à querida professora e orientadora Ms. Sônia Waltrick Ramos, amiga e mestra que nos momentos de desespero, angústia e muitas vezes de desânimo soube com muita eficiência e tranquilidade me avaliar, orientar, tirar dúvidas, aconselhar e chamar atenção quando preciso, contribuindo com o meu crescimento pessoal e profissional. *Sônia Waltrick Ramos*, “meu muito obrigada”!

## EPIGRAFE

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Leonardo Boff

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso se propõe a investigar a importância do acompanhamento psicológico aos Cuidadores da pessoa com câncer, uma vez esse período de acompanhamento, é dedicado exclusivamente ao doente. Diante das circunstâncias, o Cuidador passa a viver em função do seu ente querido, concentrando a ele todo seu tempo e dedicação, renunciando muitas de suas atividades cotidianas e até mesmo seus projetos de vida. É um período extremamente difícil que pode desencadear mudanças de comportamento e alterações de sua estrutura física, psíquica e emocional em função da situação de fragilidade e vulnerabilidade, necessitando também de cuidados. Para fundamentar tal pesquisa, buscou-se apresentar os aspectos históricos e conceituais sobre a Psicologia hospitalar, o Câncer e suas etapas, o Papel do Cuidador, a importância do Acompanhamento Psicológico a esse sujeito. A pesquisa tem como objetivo identificar a relevância do atendimento psicológico à cuidadores de pacientes com Câncer durante as etapas do tratamento, no município e fora do domicílio, caracterizou-se na abordagem qualitativa e para coleta dos dados, a população do estudo constituiu-se de 10 pessoas que vivenciaram em suas famílias o problema do câncer, e acompanharam os pacientes durante as fases de tratamento. A escolha e contato com os sujeitos da pesquisa ocorreram a partir de informações coletadas na Secretaria Municipal de Saúde/Setor de atestado de óbito e Central de Regulação - Juína MT. Utilizou-se como instrumento para coleta de dados um questionário com questões abertas e fechadas disposta em quatro eixos. Após a análise dos dados percebeu-se que a função de Cuidar ainda é atribuída à mulher, herança que remonta aos primórdios de uma sociedade paternalista e machista e que atribuiu historicamente a ela o papel de cuidar. Demonstra ainda a necessidade que os sujeitos apresentam de falar sobre suas dores, o que caracteriza a importância da escuta a esses sujeitos. Através do estudo, caracterizou-se também a falta de uma política pública voltada para o Cuidador, principalmente no que diz respeito ao atendimento psicológico.

**Palavras-chave:** Acompanhante. Cuidador. Atendimento psicológico.

## ABSTRACT

This conclusion work of Course aims to investigate the importance of psychological counseling to caregivers of people with cancer, since this monitoring period, is dedicated exclusively to the patient. Under the circumstances, the caregiver begins to live according to their loved one, concentrating it all your time and dedication, forgoing many of their daily activities and even their life projects. It is an extremely difficult period that may trigger changes in behavior and changes in their physical, mental and emotional according to the situation of fragility and vulnerability framework, also needing care. To support this research, we aimed to present the historical and conceptual aspects of hospital Psychology, Cancer and its stages, the role of the caregiver, the importance of Psychological Attendance to this subject. The research aims to identify the relevance of psychological care for caregivers of cancer patients during treatment steps, in the county and outside the home, was characterized in the qualitative approach to data collection, the study population consisted of 10 people in their families who have experienced the cancer problem, and followed the patients during treatment phases. The choice and contact with the subjects occurred from information collected in the Municipal Health Department / Sector death certificate and Regulation Center - Juína MT. Was used as a tool for data collection, a questionnaire with open and closed questions prepared without four axes. After analyzing the data it was noticed that the function of Caring is still assigned to women, heritage dating back to the beginnings of a patronizing and sexist society that historically has assigned her the role of caring. It also demonstrates the need that individuals have to talk about their pain, which characterizes the importance of listening to these guys. Through the study, also characterized the lack of a public policy for the Caregiver, especially with regard to psychological care.

**Keywords:** Escort. Caregiver. Psychological care.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 - Idade do paciente .....</b>	<b>55</b>
<b>Gráfico 2 - Tipo e câncer.....</b>	<b>56</b>
<b>Gráfico 3 - Tempo para fechar o diagnóstico .....</b>	<b>57</b>
<b>Gráfico 4 - Procedimentos realizados após o diagnóstico.....</b>	<b>58</b>
<b>Gráfico 5 - Distribuição em relação ao grau de parentesco .....</b>	<b>61</b>
<b>Gráfico 6 - Distribuição em relação ao tempo de acompanhamento.....</b>	<b>62</b>
<b>Gráfico 7 - Distribuição em relação ao revezamento ou ajuda.....</b>	<b>63</b>
<b>Gráfico 8 - Atendimento psicológico.....</b>	<b>66</b>
<b>Gráfico 9 - Distribuição em relação ao tempo do tratamento.....</b>	<b>68</b>
<b>Gráfico 10 - Procedimentos realizados .....</b>	<b>69</b>

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil dos Cuidadores .....	49
Quadro 2 - Caracterização dos sujeitos .....	51

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPITULO I</b> .....	15
<b>1 PSICOLOGIA HOSPITALAR: UM BREVE HISTÓRICO</b> .....	15
1.1 A Relevância da Psicologia Hospitalar .....	18
1.2 O Papel do Psicólogo junto a Família e a Equipe Multiprofissional .....	22
<b>CAPITULO II</b> .....	28
<b>2 O ESTIGMA DO CÂNCER E A DOR DO DIAGNÓSTICO</b> .....	28
2.1 O Papel do Cuidador .....	34
2.2 A importância do Acompanhamento Psicológico ao Cuidador da Pessoa com Câncer .....	37
<b>CAPITULO III</b> .....	43
<b>3 MATERIAL E MÉTODO</b> .....	43
3.1 Tipos de pesquisa .....	43
3.2 População e amostra .....	45
3.3 Instrumentos de coleta e análise dos dados .....	45
3.4 Fontes dos dados .....	46
3.5 Procedimentos .....	46
<b>CAPITULO IV</b> .....	48
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	48
4.1 Perfil do Cuidador .....	49
4.2 Caracterização do Sujeito .....	51
4.3 Com relação à manifestação da doença .....	55
4.4 Com relação ao Acompanhamento .....	60
4.5 Com relação ao período de tratamento .....	67
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	72
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	75
<b>APÊNDICE</b> .....	80

## INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que provoca medo e horror nas pessoas, devido aos danos e seu estigma social de associação à morte. Seus efeitos físicos, psicológicos e emocionais são devastadores e causa desorganização na vida dos que são diretamente atingidos por ele, seja para o próprio paciente seja para a família (LESHAN, 1920 *apud* MATOS, 2002). É uma doença que atinge a pessoa em toda sua dimensão, sendo considerada a segunda maior causa de morte por doença na população brasileira e no mundo, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (INCA 2010). Suas consequências são drásticas, os procedimentos na maioria das vezes são dolorosos e invasivos, acompanhados da despersonalização do indivíduo quando são submetidos à internação, fatores que desencadeiam uma série de mudanças e reações no organismo.

A presente pesquisa teve como principal motivação demonstrar a importância do acompanhamento psicológico ao Cuidador, a partir da minha própria vivência enquanto Cuidadora de uma pessoa com câncer. Conhecer essa realidade a partir das literaturas tem uma conotação, vivenciar cada etapa desse sofrimento, marca profundamente a nossa vida em todos os sentidos, deixando sequelas e uma ferida na alma que parecem ser para toda a vida. Presenciar e observar a expressão de uma pessoa ao ouvir do médico, após examinar os laudos de diferentes exames, dizer: “- é um dos tipos mais agressivos, quando se manifesta já está num estágio muito avançado” é como se fosse nossa própria sentença de morte! Seguimos pelas trilhas do destino, pois cada etapa vem carregada de nova esperança, novos desafios e novas decepções. São procedimentos dolorosos, marcantes, invasivos, sugando toda a energia e a vitalidade do corpo. Radioterapia, quimioterapia, cirurgia, idas e vindas, buscando controlar o desenvolvimento da doença, porém tudo parece em vão. Ela é mais forte, avança a cada dia, atinge os órgãos vitais sem piedade, até chegar à fase final. Para quem cuida, esse sentimento não tem explicação, emerge a angústia, a dor, o desespero, a sensação de impotência e, até mesmo, o remorso aflige nossa alma, ficando o questionamento: o que mais poderia ter sido feito?

Então vivenciar a experiência do cuidar de um ente querido requer grande equilíbrio emocional e psíquico por parte de quem cuida. O enfrentamento do

problema enfraquece-o, deixando-o muitas vezes vulnerável e com o sentimento de incapacidade, surgindo assim, o desânimo, o desespero, a desesperança e até mesmo o abalo da própria fé. Oliveira (2012) expressa que o cuidador, trilha caminhos árduos e difíceis que revela e exige uma profunda disponibilidade de escuta, acolhimento e apoio aos que carregam fardos pesados e tem feridas na alma provocada pelo processo da doença.

O termo alma no grego bíblico, *psychè* significa *Vida*, acompanhada da ideia Hebraica de *nephesh* de *totalidade psíquica* – a personalidade abrangente - o pensar, o sentir – o consciente e o inconsciente. Segundo a autora, perder a alma é algo triste, desfigurador do que é essencialmente humano. É o centro da existência pessoal, equivalente a “coração”. Uma das representações da alma é justamente a delicada borboleta, frágil e bela, que necessita do vento pra voar. Não se pode manipulá-la de qualquer jeito, sob pena de feri-la e matá-la (OLIVEIRA, 2012)<sup>1</sup>.

Frente a essa realidade, uma das indagações de Oliveira (2012) é o cuidado com o Cuidador que dedica sua vida com intensidade à pessoa doente. A autora trabalha a dimensão do Cuidar, na ótica da doação, inspirada nos Grandes Mestres da escuta (terapeutas da Alexandria, Freud, Oskar Pfister e Jorge Leon). Ao comparar a alma com a borboleta, evidencia que o maior dano que se pode cometer contra alguém é justamente violentar sua alma, desrespeitando-o, humilhando-o, em sua dignidade. Alma, portanto aqui extrapola a dimensão da teologia, é considerado o centro da psicologia e das relações interpessoais, superando os conceitos primórdios da psicologia científica.

Nesse sentido, a pesquisa tem a intenção de verificar junto aos Cuidadores da pessoa com câncer as dificuldades e angústias vivenciadas nesse percurso, bem como explicitar a necessidade do acompanhamento psicológico a esse sujeito, no período do acompanhamento ao paciente com câncer e período pós-câncer. Pois, pesquisas demonstram que o câncer tem aumentado, assustadoramente, atingindo as diferentes faixas etárias e, diferentes fatores têm contribuído na manifestação dessa patologia, entre eles estão o stress, os distúrbios alimentares e o estilo de vida, gerando preocupação a nível nacional.

---

<sup>1</sup>OLIVEIRA, Roseli M. Kuhnrich de. **Quem Cuida do Cuidador**. A disponibilização de seu trabalho muito contribuiu no desenvolvimento dessa pesquisa.

O processo de acompanhamento exige disponibilidade, atenção e renúncia por parte do Cuidador alterando também seu ritmo de vida. A reflexão sobre o tema possibilita pensar nas seguintes hipóteses: se o impacto do diagnóstico do câncer desencadeia no paciente e seus familiares reações físicas, emocionais e psíquicas difíceis de serem superadas, então haverá necessidade de atendimento psicológico a esses sujeitos. Se o atendimento psicológico contribuir para que o cuidador, a família e o paciente se fortaleçam para enfrentar e superar as etapas da doença, então haverá benefícios para sua vida em todas as dimensões.

O impacto do diagnóstico do câncer e as fases do tratamento podem desencadear no paciente e seus familiares, reações físicas, emocionais e psíquicas difíceis de serem superadas, causando fragilidade e vulnerabilidade psicossocial, seguida da alteração do seu ritmo de vida, havendo necessidade de oferecer atenção e cuidado a esse Cuidador. Nesse sentido, o objetivo principal do trabalho é demonstrar a relevância do atendimento psicológico à cuidadores de pacientes com Câncer durante as etapas do tratamento, no município e fora do domicílio.

Frente ao contexto apresentado, a experiência vivenciada como Cuidadora de paciente com câncer e as alterações desencadeadas na vida dos sujeitos envolvidos, provocadas pela doença desde o diagnóstico até a morte, a pesquisa torna-se muito importante no sentido de compreender as diferentes etapas desse processo e as consequências geradas na vida desses sujeitos.

Com base nesse contexto, o presente trabalho pretende tencionar o fenômeno ao averiguar como vem sendo o atendimento psicológico aos Cuidadores de pessoa com Câncer, encaminhados para tratamento fora domicílio, pela Secretaria Municipal de Saúde/Central de Regulação da cidade de Juína\MT, nos últimos dois anos?

As evidências e o sofrimento causado pela doença demonstram a relevância da pesquisa no sentido de compreender as diferentes etapas desse processo e o impacto psicoemocional dos Cuidadores, pessoas que atuam diretamente com o paciente. Assim, o trabalho apresenta a seguinte estrutura:

O primeiro capítulo contemplará o desenvolvimento do Referencial Teórico, à luz das teorias e autores como, Angerami-Camom (2010), Campos (1995), Filgueiras (2011), entre outros, que dedicaram seus estudos para evidenciar a

relevância da Psicologia Hospitalar e o papel e atuação do psicólogo nesse contexto.

O segundo capítulo apresentará o câncer e suas etapas, o papel do cuidador durante o processo de tratamento, bem como a necessidade e a importância do acompanhamento psicológico a esse sujeito, que diante de sua fragilidade necessita também de cuidados. Para refletir esse assunto, o trabalho traz as orientações de Younes (2001), Claret (1997), Chiatone (2009), Dietos (2001) e Oliveira (2012) dando o enfoque para o cuidar do Cuidador. Nesse momento, refletiremos também sobre as dores e angústias do Cuidador do paciente com câncer nas diferentes etapas da doença, tendo como foco a importância do acompanhamento psicológico durante as fases desse processo.

O terceiro capítulo apresentar-se-á a *metodologia*, espaço destinado à seleção, descrição e organização do trabalho, levando em consideração a pesquisa qualitativa que o direcionou.

O último capítulo apresentará a análise dos dados a partir das vivências dos sujeitos que por um período de suas vidas desempenharam o papel de Cuidador direto, descrevendo seus anseios, dificuldades e angústias como também o relato de experiência vivenciada pela própria autora. As experiências registradas terão como pano de fundo as teorias e autores citados anteriormente que embasaram essa pesquisa.

Por fim, apresentaremos algumas considerações sobre o estudo empreendido, as quais resultam da relação estabelecida entre a teoria que embasa esta pesquisa e as análises propostas a partir dos resultados coletados. Nesse sentido, o presente trabalho tem a pretensão de contribuir como fonte de estudo e informação aos profissionais de diferentes áreas de atuação e demais pessoas que possam se interessar pelo tema.

## CAPITULO I

### 1 PSICOLOGIA HOSPITALAR: UM BREVE HISTÓRICO

Durante séculos, a atenção psicológica aos enfermos confundiu-se com a atenção religiosa. O acompanhamento em clínicas e hospitais era realizado por Freiras ou Irmãs de Caridade. Na Idade Média o hospital não era concebido para curar, era visto como uma instituição de assistência aos pobres, “lugar de hospedagem” para enfermos, viajantes e peregrinos (CAMPOS, 1995). Ressalta ainda a autora que, quando o estabelecimento se ocupava dos pobres, incuráveis e insanos, a instituição era denominada “*hospitium*”, na atualidade denominada por hospício, espaço para atender pacientes da psiquiatria. No caso de atendimento às pessoas portadoras de doença com possível contágio, considerados perigosos, o hospital os recolhia, protegendo a sociedade.

As literaturas apontam que nessas circunstâncias de atendimento não era o doente que precisava ser curado, mas o pobre que estava morrendo e devia ser assistido, oferecendo os últimos cuidados e também sacramento. Ao analisar o papel dessas instituições, Campos (1995) ressalta que os hospitais eram considerados “morredouros”, um lugar onde morrer e o atendimento hospitalar era aplicado como “curativo” por religiosos ou leigos, pessoas que estavam ali para fazer a caridade que lhe assegurasse a salvação eterna.

Estudos demonstram que a experiência hospitalar não incluía a formação do médico. Sua intervenção na doença era em torno da noção de crise. A prática médica, não permitia a organização de um saber hospitalar. Não havia intervenção da medicina, ou seja, hospital e medicina permaneceram independentes.

Foucault (1986) destaca que “o surgimento do hospital como instrumento terapêutico” é uma invenção relativamente nova surgida no século XVIII. Ao contextualizar a unidade hospitalar nos primeiros momentos históricos e com base nos estudos de Gonçalves (1983) e Borba (1985), Teresinha Campos afirma:

O hospital era apenas uma espécie de depósito em que se amontoavam pessoas doentes, destituídas de recursos; sua finalidade era mais social do que terapêutica. Assim, a figura do hospital surgiu historicamente no ano 360 D.C. Desta forma, a história do hospital começa a ser contada a partir

de Cristo, pois, recebendo influência direta da religião cristã, o homem passou a se preocupar com seu semelhante. Até então predominava o espírito egoístico do ser humano de se afastar dos deficientes e enfermos, resguardando-se e não socorrendo o próximo (CAMPOS, 1995, p.16).

A autora destaca também que no século XI, a Inglaterra aderiu ao movimento evolutivo hospitalar, erigindo, em 1084, o seu primeiro hospital geral com a finalidade de restauração da saúde. Para combater a lepra-hanseníase, no mesmo século foi construído também o hospital St. Bartolomeu. Em 1915, o hospital Saint Thomas se tornou famoso devido à implantação da escola de enfermagem. Ressalta ainda que: “Os primeiros hospitais foram criados em locais de isolamento onde a caridade se exercia como uma prática de cristianismo”.

Eram locais para pobres, mulheres desamparadas, velhos e doentes crônicos, sob o cuidado de monges e religiosos. Constituíam o último recurso que a caridade oferecia para o paciente pobre. A tecnologia médica disponível só minorava o sofrimento: os pacientes com maiores recursos tratavam-se em domicílio e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar (CAMPOS, 1995, op. cit, p.18).

Contextualizando o processo histórico das unidades, percebe-se que a evolução no campo hospitalar se deu de forma gradativa e em passos lentos, exigindo mudança de paradigma, o que conseqüentemente provoca mudanças no pensamento dos sujeitos envolvidos. Dessa maneira as primeiras instituições que se preocuparam mais com os aspectos curativos, posteriormente incorporaram o campo da prática médica preventiva. Ao tratar do processo evolutivo dessas unidades Campos destaca:

A primeira instituição-hospitalar pública ou privada destinava-se ao tratamento dos doentes, desenvolvendo atividades de natureza curativa. À medida que os conhecimentos de natureza preventiva foram se desenvolvendo, as medidas práticas com eles relacionadas aplicaram-se mais à abordagem dos problemas de saúde das comunidades. Criou-se um segundo tipo de instituição, destinada ao desenvolvimento das práticas de natureza preventiva – as unidades de saúde, especialmente ligadas ao poder público (CAMPOS, 1995, p.19).

Após a Segunda Guerra Mundial e as grandes mudanças, sociais, políticas e econômicas no cenário global, os hospitais começaram a constituir equipes interdisciplinares buscando oferecer respostas diferenciadas às complexas demandas da sociedade. Lentamente, sistemas de atenção integral ao indivíduo

começaram a ser criados e dessa maneira, fez-se necessário que o acompanhamento psicológico ao paciente evoluísse daquela concepção puramente religiosa e missionária para a atenção psicológica profissionalizada (CAMPOS, 1995).

No século XX, por volta dos anos 50, o cotidiano hospitalar era seguido por normas rigorosas da medicina e nessa configuração o modelo cartesiano<sup>2</sup> prevalecia. O paciente era comparado a uma máquina que precisava ser reparada. Havia certa frieza e distanciamento no procedimento médico e a intervenção médica era considerada objetiva. Campos (1995) pontua ainda que esse modelo biomédico já era questionado na época pelos pensadores da psicanálise, em sua linha de trabalho mostravam claramente uma interação entre mente, corpo e ambiente. De acordo com esses trabalhos concluiu-se que os problemas humanos residiam para além dos sintomas verbalizados.

Batista (2011) baseado nas informações obtidas através do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, afirma que, a inserção do psicólogo nos hospitais brasileiros ocorreu de forma isolada em meados do século XX: Em relação à evolução desse campo da ciência, o Conselho Regional considera que:

A psicologia começa a ter importância enquanto conhecimento e atuação na instituição hospitalar, inicialmente com intervenções pontuais e participações em pesquisas como o estudo coordenado pelo médico Raul Briquet e pela psicóloga Bety Gastenstay para a introdução do sistema de alojamento conjunto na maternidade do Hospital das Clínicas em 1950 (BATISTA, 2011).

A introdução da Psicologia Hospitalar no Brasil ocorreu através dos trabalhos da psicóloga Mathilde Neder. Essa profissional iniciou seu trabalho, em 1954, junto ao Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas, então Clínica Ortopédica e Traumatológica – COT. No período da Ditadura Militar, foram surgindo novas possibilidades de atuação para o psicólogo, os mesmos passam a desenvolver atividades importantes na linha da psicoterapia e no atendimento em consultório, mas foi somente na década de 1970, que os hospitais abrem espaço para a realização de trabalho nessa área, a partir desse momento, os hospitais passam a ser um campo efetivo de atuação dos psicólogos (PEREIRA, 2003).

---

<sup>2</sup> Modelo cartesiano - baseado no novo *modelo* de se fazer ciência, a partir da busca do progresso e conhecimento. Deriva-se do racionalismo, pensamento do filósofo René Descartes. Sustenta-se no dualismo mente-corpo, em que a essência da mente é pensar e a do corpo ou matéria é existir.

Angerami-Camon, (2004) coloca que a atuação do psicólogo na saúde pública, inicialmente, ocorreu em hospitais e ambulatórios gerais e psiquiátricos, mas, paulatinamente, foi se ampliando para outras organizações de saúde. Através do Decreto nº 53.462/64, a Psicologia passou a ser uma das 14 profissões da área de saúde. Ampliando esse trabalho, em 1974, Neder foi convidada a implantar o Serviço de Psicologia no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Em 1987, sob sua responsabilidade, foi criada, a Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da USP. Essa seção centralizou e uniformizou as ações desenvolvidas pela Psicologia nessa instituição. Permitiu também a difusão dos esforços e corpos teóricos. Consolidando esse trabalho, em 1991, foi realizado o IV Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar e lançada a Revista de Psicologia Hospitalar (RPH), pela Coordenadoria das Atividades dos Psicólogos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (ANGERAMI-CAMON, 2004).

Gradativamente, a Psicologia Hospitalar ganhou campo na área da saúde. O seu reconhecimento efetivo surgiu após muito tempo de luta pela iniciativa de profissionais da área e pela demanda da população e das próprias instituições. Atualmente, os hospitais vêm se abrindo cada vez mais para a atuação dos psicólogos, valorizando a concepção do trabalho interdisciplinar e multiprofissional (BAZON, 2004). Passo a passo foram surgindo políticas públicas voltadas para a atenção integral ao indivíduo. Considera-se que a iniciação desse modelo muito tem contribuído na qualidade de atendimento ofertado pelas unidades hospitalares, fazendo com que o atendimento e acompanhamento psicológico ultrapassem a concepção puramente religiosa e missionária para a atenção psicológica profissionalizada e humanizada.

### **1.1 A Relevância da Psicologia Hospitalar**

O processo de humanização na área da saúde entrou em discussão com “Movimento da Reforma Sanitária”, ocorrido nos anos 70 e 80, momento em que foi questionado o padrão assistencial de saúde e suas práticas curativas aplicado na época, modelo oneroso e muito especializado, focando a doença e não a promoção

da saúde que configurava como desumano na forma de assistir, tanto pelo uso exagerado de tecnologias como pelo relacionamento que se estabelecia entre os profissionais de saúde e os usuários do sistema (BAZON, 2004).

Ações humanizadas no âmbito da saúde vêm sendo estudadas com o objetivo de torná-las uma prática efetiva visando proporcionar um tratamento que atenda o indivíduo em sua totalidade. Essas ações podem ser definidas como o resgate do respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais presentes em todo relacionamento. Ao tratar da relação de humanização no setor de saúde Souza afirma que:

Humanizar é o processo que busca oferecer ao paciente um tratamento que leva em conta a totalidade do indivíduo. O ponto principal dessa filosofia é o bem-estar físico, psíquico, social e moral do paciente em todas as etapas da hospitalização ou do tratamento, principalmente porque no momento do diagnóstico acredita-se que a humanização torna-se fundamental, pois ao receber a notícia, o doente e seus familiares passam por um momento de desestabilização completa que os afeta em toda a sua plenitude (SOUZA 1985, p.53).

No processo de humanização, a psicologia hospitalar surgiu como ponto central dessa relação, sendo uma alternativa que visa à busca da idealização da ação da prática clínica. Atua como campo de abrangência da própria psicologia enquanto ciência para uma ação mais ampla e social passando de uma prática clínica para a instrumentalização da prática social, institucional e humanizada.

Para Angerami:

A psicologia hospitalar é o renovar da esperança de que a dor seja entendida de uma forma mais humana. É de que os profissionais da saúde possam aprender a escutar a angústia, o sofrimento, a ansiedade, o medo etc., presentes em cada manifestação física de dor e sofrimento, e até mesmo nas alterações físicas determinadas em níveis orgânicos a partir do sofrimento emocional. É o renovar do coração que vibra em ânsia antes e após cada cirurgia. É o renovar da família que sofre junto do paciente sua dor, medo e angústia (ANGERMI-CAMOM, 2004, p.138/139).

Assim, o profissional da psicologia no contexto hospitalar tem como objetivo principal consolidar ações no sentido de minimizar o sofrimento psíquico provocado pela hospitalização, lidando com as fragilidades, pois esse processo intensifica no paciente, e muitas vezes em seus cuidadores, o temor pela morte, proporciona o processo de despersonalização do indivíduo, a perda da autonomia e o poder de decisão, gera angústia, ansiedade, incertezas e dependendo das circunstâncias e

gravidade do problema provoca mudança de comportamento em função da falta de expectativa de vida.

Tendo em vista sua relevância no atendimento a diferentes situações humanas, Angerami (2004) faz uma reflexão sobre psicologia enquanto ciência voltada para o processo de humanização da saúde e seus envolvidos. Evidencia que essa área da psicologia não pode se colocada dentro do hospital como força isolada, solitária, sem contar com outros determinantes para atingir seus preceitos básicos uma vez que a humanização do hospital, necessariamente passa por transformações da instituição hospitalar como um todo, e evidentemente pela própria transformação social, assim ela deve ser vista como:

[...] uma realidade que embora ainda necessite de burilamento, aperfeiçoamento e muitas buscas, será certamente, a mais rica das variantes da psicologia. Será, ainda, a mais criativa das manifestações clínicas dentro não só da realidade hospitalar como também das lides acadêmicas que, ao assumirem igualmente um compromisso com o futuro de toda uma geração de profissionais (ANGERMI-CAMOM, 2004, p.79).

O momento de hospitalização deve ser entendido não apenas como um mero processo de institucionalização hospitalar, mas, como um conjunto de fatos e ações que decorrem desse processo e de suas implicações na vida do paciente. Nesse sentido, é muito importante que o psicólogo tenha bem claro os limites de sua atuação, para não se tornar mais um dos elementos abusivamente invasivos que agredem o processo de hospitalização e que permeiam largamente a instituição hospitalar (ANGERAMI, 2004).

A Psicologia Hospitalar, ao ser inserida no hospital fez uma revisão de seus próprios postulados adquirindo conceitos e questionamentos que fizeram dela um novo escoramento na busca de compreensão da existência humana (Angerami, 2010). Nesse sentido, torna-se um campo de entendimento e tratamento dos aspectos biológicos em torno do adoecimento, não somente doenças psicossomáticas, mas todo e qualquer tipo de enfermidade.

Enquanto ciência, a Psicologia Hospitalar tem contribuído na resignificação do sujeito frente à situação de sofrimento e atua como uma área de conhecimento que visa fornecer suporte no momento de desorganização de sua vida e de seus hábitos, provocadas pelas etapas da doença e pelo processo de hospitalização. Para o paciente, a Psicologia Hospitalar surge como uma possibilidade de resgate a

identidade e a subjetividade, como uma chance de trazer a tona sua história e entender o seu adoecimento como uma etapa de sua vida e que necessita ser enfrentada.

Um ponto importante na Psicologia Hospitalar é pensar o sujeito a partir de uma visão singular, que não dissocia o corpo biológico de seus efeitos no psíquico, numa dimensão integral, vendo a integralidade no sentido de considerar o contexto desse sujeito em relação ao seu adoecimento, o que exige também uma intervenção contextualizada. Para Gonze (2011), a integralidade é um dos princípios do sistema de saúde brasileiro e sua prática tem sido discutida como uma importante estratégia para implementação de uma assistência de qualidade, que, de fato, ofereça a promoção, prevenção e recuperação da saúde do cidadão.

Na busca pela inserção da Psicologia nas ações que vise uma Integralidade do Sujeito, o Conselho Federal de Psicologia (CREPOP, 2011, p.10)<sup>3</sup>, define os campos de atuação dessa ciência na Saúde Pública sendo eles: a Atenção básica, Média e Alta Complexidade e Vigilância em Saúde. Dos quatro eixos definidos pela comissão de Saúde do Conselho, um está relacionado com a saúde e a subjetividade do sujeito, uma vez que, o estilo de vida individual engloba questões psicológicas acerca da personalidade, comportamentos, padrões de relação pessoais e interpessoais, conhecimentos, atitudes, controle do estresse, variáveis que influenciam na relação entre o modo de viver e as condições de saúde do indivíduo.

Diretamente relacionado à esfera individual está o contexto sócio histórico no qual se produz a subjetividade dando sentido às práticas de saúde individuais e coletivas. Nesse sentido, a atuação da Psicologia se dá por meio da aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas aos cuidados individuais e coletivos com a saúde e ao enfrentamento das doenças. Seu objeto é o sujeito psicológico e suas relações com os fatores multi determinantes da saúde, nos diferentes níveis de atenção. Inclui ainda os diferentes grupos sociais e seus problemas associados à promoção da saúde e à prevenção de doenças (CREPOP, p.11/12).

---

<sup>3</sup>CREPOP: Conselho Federal de Psicologia, Brasília-DF. Gestão 2011-2013.

## 1.2 O Papel do Psicólogo junto a Família e a Equipe Multiprofissional

Estudos apontam que as intervenções do profissional de psicologia frente ao paciente e à família pode amenizar o choque e as emoções que desencadeiam diante da evidência da doença, assim, caracteriza-se que toda situação diagnóstica necessita de acolhida e apoio para enfrentar a realidade e suas consequências.

O psicólogo foi o último profissional de saúde a entrar no ambiente hospitalar. Até hoje, sabe-se que é muito difícil se inserir na equipe de trabalho. Angerami (2004) aponta que entre as conquistas específicas da psicologia hospitalar, é inegável o espaço ocupado por essa profissão no sentido de oferecer um atendimento integral e de qualidade ao paciente, ajudando a lidar com suas fragilidades, angústias e emoções que desencadeiam em função da doença e das etapas do tratamento. Assim, suas ações tornam-se significativas à medida que desempenha o papel de protagonista nesse contexto, sob o foco de resgatar e dignificar a importância social de sua profissão.

Sabe-se que o profissional de psicologia tem um papel importante na promoção do bem estar da pessoa hospitalizada, uma vez que a doença fragiliza o indivíduo, pois além das dores físicas, o impacto de um diagnóstico, principalmente em situações mais graves provoca um desequilíbrio emocional que muitas vezes gera uma mudança de comportamento. Sem contar ainda que ao ser hospitalizado, o paciente sofre um processo de total despersonalização. Deixa de ter seu próprio nome e passa a ser um número de leito, ou então alguém portador de uma determinada patologia (SOUZA, 1995). Frente a essa situação, o psicólogo deve apoiar e esclarecer ao paciente sobre suas condições emocionais e, na medida do possível, levá-lo a uma conscientização dos seus problemas, apoiando-o em sua crescente valorização e aceitação, para que ele possa enfrentar melhor sua realidade.

Para Angerami (2004), a inserção do psicólogo na unidade hospitalar tem como principal objetivo a promoção e a manutenção da saúde física e emocional, do indivíduo, na tentativa de minimizar a dor do paciente e de sua família. O trabalho é focal, centrando-se no sofrimento e nas repercussões que o paciente sofre com a doença e a hospitalização, associado a outros fatores como história de vida, a forma como ele assimila a doença e seu perfil de personalidade.

A atuação efetiva desse profissional no contexto hospitalar não se refere apenas à atenção direta ao paciente, refere-se também à atenção que é dispensada à família e à equipe de saúde, dentro de sua atuação profissional. Esta atuação profissional deve ser voltada para a humanização do processo visando promover mudanças, atividades curativas e de prevenção, bem como diminuir o sofrimento que a hospitalização e a doença causam ao sujeito (VIEIRA, 2010). Assim, é seu papel estar alerta, principalmente, para a maneira como o paciente reage frente ao diagnóstico de sua doença, como a sua vida psíquica e sua vida social interfere na dinâmica subjetiva, e também como se estabelecem as relações psicológicas entre o paciente, a família e a equipe de saúde.

Já está comprovada a necessidade e importância do acompanhamento psicológico junto à família do paciente, pois, segundo Souza (1995), o familiar vivencia um momento de crise acometido pelo sentimento de impotência frente à moléstia de seu ente querido, e também seu temor pelo falecimento, pela dificuldade em compreender o que se passa com o paciente, pela distância imposta pelo ambiente hospitalar, o que na maioria das vezes impossibilita o familiar de cuidar, ele mesmo do paciente e a dor da impotência diante o sofrimento do outro.

Nesse sentido, a atuação do psicólogo no contexto hospitalar não deve se referir apenas à atenção direta ao paciente, é preciso levar em conta também que o estado de doença fragiliza deixando toda a família vulnerável, assim atenção aos familiares torna-se indispensável no sentido oferecer apoio e orientação atuando como mediador durante essa fase tão difícil. Em relação à importância de se prestar uma assistência psicológica a família do doente, Chiattonne ressalta o seguinte:

No hospital, o psicólogo hospitalar também estará realizando avaliação e atendimento psicológico aos familiares, apoiando-os e orientando-os em suas dúvidas, angústias, fantasias e temores. Junto à família, o psicólogo deverá atuar apoiando e orientando, possibilitando que se reorganize de forma a poder ajudar o paciente em seu processo de doença e hospitalização. Não se pode perder de vista a importância da força afetiva da família. Ela representa os vínculos que o paciente mantém com a vida e, é, quase sempre, uma importante força de motivação para o paciente na situação de crise (CHIATTONE, 2006, apud, VIEIRA, 2010, p.2).

Outro aspecto importante que deve ser levado em consideração no ambiente de trabalho é sua integração e o desempenho junto à equipe multiprofissional. Essa integração é relevante para que o atendimento ao paciente ocorra de forma

significativa. O trabalho integrado e em equipe, é fundamental na recuperação do paciente.

Sobre a integração entre as equipes de trabalho no contexto hospitalar Vieira aponta que o psicólogo deve buscar estabelecer um contato mais próximo com as demais profissões inseridas no atendimento ao paciente, afirma ainda que “a saúde não é de competência de um único profissional, ela é uma prática interdisciplinar e os profissionais das muitas e diferentes áreas de atuação, devem agregar-se em equipes de saúde”. Seguindo essa ótica, ressalta ainda que:

[...] O psicólogo hospitalar é o profissional que detém esses saberes e técnicas para aplicá-los de forma sistemática e coordenada, sempre com o intuito de melhorar a assistência integral do sujeito hospitalizado. O trabalho do psicólogo hospitalar é especificamente direcionado ao restabelecimento do estado de saúde do doente ou, ao controle dos sintomas que comprometem bem-estar do paciente (VIEIRA, 2010, p.2/3).

O trabalho em equipe visa tranquilizar o paciente e família, além de avaliar e cuidar do paciente sob todos os aspectos: médico, enfermagem, nutricional, social, psicológico e fisioterápico, promovendo um atendimento que pretende cuidar do paciente como um ser total. Para Angerami (2004, p.115), “o psicólogo hospitalar encontra-se numa posição estratégica, sendo um intermediário entre a equipe hospitalar, o paciente e sua família. Sua atuação deve ir além da visão médica do ser humano para lidar da melhor forma possível com situações diversas que vão além da rotina hospitalar”. Deve ser o elo humanizador das relações estabelecidas nesse contexto, atuar de maneira que haja consonância no tratamento, troca de informação segurança e tranquilidade aos envolvidos.

Assim, o profissional de psicologia tem um importante papel junto à equipe multiprofissional no sentido de oferecer apoio à equipe, esclarecer e informar dúvida que condiz com sua formação e principalmente conduzir a equipe a se relacionar efetivamente. Essa postura ética e profissional possibilita que o profissional de psicologia tenha um papel de destaque no sentido de consolidar a harmonia da equipe e auxiliar no restabelecimento da saúde do paciente.

Pensando na qualidade de sua atuação como forma de contribuir nessa dimensão do ser humano, Angerami (2004) dá ênfase para a necessidade de formação profissional de qualidade, nesse aspecto faz a seguinte consideração:

O psicólogo é um técnico e que tem que ser um técnico especializado. E adiantamos que a sua formação tem que ser esmerada, como a de qualquer outro profissional, naturalmente, mas principalmente esmerada porque já está se formando aqui, na nossa sociedade, uma facilidade imensa para a improvisação de psicólogos (AMGERAMI-CAMOM, 2004, p.110).

Partindo do pressuposto que o doente deve ser visto em seu aspecto biopsicossocial, uma das tarefas do psicólogo ao adentrar no hospital é promover a humanização do atendimento através de uma prática interdisciplinar envolvendo os profissionais das diferentes áreas. Atuar no sentido de desenvolver um trabalho de reflexão com toda a equipe de saúde é uma das necessidades mais pertinentes a ser realizada como forma de evitar que este espaço seja visto, apenas pelo seu caráter meramente curativo, e que, tenha possibilidade de transformar-se numa instituição que trabalhe, além da reabilitação orgânica, o restabelecimento da dignidade humana (ANGRAMI, 2004).

O estado de doença afeta a vida do indivíduo como um todo mudando drasticamente o ritmo e a rotina da família, gera ansiedade e evidencia as impotências e conflitos, seguido de manifestações de sintomas ansiosos e depressivos. Em pacientes com câncer a depressão pode decorrer da incerteza sobre o diagnóstico e o tratamento, além do tempo por vezes limitado para investigar questões emocionais e dos custos associados ao tratamento. A própria natureza da síndrome depressiva - sentimentos de desvalia e desespero inibe a procura de cuidado e interfere na capacidade dos pacientes para avaliar a distorção emocional e cognitiva decorrente da depressão (BOTTINO, 2009)<sup>4</sup>.

Em relação à atuação desse profissional, o autor ressalta ainda que o psicólogo trabalha com a subjetividade do paciente e seus cuidadores, utilizando-se principalmente da fala e da escuta, num gesto de acolhida, marcando sua presença. É um processo de “estar com”, sendo continente, estimulando a expressão das emoções, validando e autenticando essas emoções, ajudando a pessoa a externar seus temores.

Diante das mudanças nas políticas públicas e das novas exigências sociais, o psicólogo passa a ter um papel essencial na tentativa de humanizar o atendimento hospitalar, valorizando as características de cada um, respeitando e compreendendo os diferentes contextos em que estão inseridos. Seu trabalho profissional em

---

<sup>4</sup> Artigo publicado por Sara Mota Borges Botino: et. al. **Depressão e Câncer**. Revista de Psiquiatria.

hospitais passa a ter como objetivo a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização e pela doença, numa ação integrada e na busca da realização de um trabalho interdisciplinar com os demais membros da equipe de saúde. Assim, sua posição torna-se estratégica, sendo um intermediário entre a equipe hospitalar, o paciente e sua família.

Compreendendo a necessidade desse trabalho, a residente de Psicologia Hospitalar, Fernanda Buzzinari Ribeiro de Sá, em maio de 2006, iniciou um projeto de atendimento, no HU/UFJF (Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora), que consistia em promover um espaço para que pacientes e familiares pudessem expressar seus desejos, angústias, ansiedades, limitações, esperanças, sofrimentos e fantasias em relação à hospitalização, principalmente à Unidade de terapia Intensiva (UTI), oferecer também a equipe multidisciplinar atendimentos individuais e a possibilidade de organização de grupos de reflexão das tarefas de suporte emocional, com vistas a uma maior humanização das tarefas já realizadas (FILGUEIRAS, 2011, p.80).

Esse projeto teve continuidade no ano de 2007 por duas outras médicas residentes, já em 2008, alicerçados pela experiência anterior e após reflexão junto ao setor de Psicologia e equipe da UTI, o projeto foi reestruturado e seus objetivos ampliados. De acordo com os dados apresentados, o trabalho da Residência em Psicologia Hospitalar e de Saúde desenvolvido no hospital Universitário de Juiz de Fora, embora possua uma história bastante breve, enfrentar dificuldades em função da precariedade própria do contexto hospitalar e a escassez de publicações sobre o tema, já traz em sua práxis, ecos e ressonâncias que se fazem sentir nas atitudes e posicionamentos da equipe de saúde, gradativamente vai se tornando um trabalho mais humanizado e integrativo. Nesse sentido, a equipe vem buscando encontrar formas de trabalho em conjunto, no sentido de atender os objetivos anteriormente estabelecidos (Filgueiras, 2011, p. 91).

Por fim, entende-se que no contexto hospitalar, os psicólogos são como intérpretes das demandas do paciente, da família e da equipe profissional. Ele atua como facilitador do diálogo entre essa tríade (VIEIRA, 2004). Sua participação de forma efetiva contribui e auxilia para que os envolvidos saibam lidar com suas emoções, busca promover qualidade no atendimento ao doente e seus Cuidadores e

ampliando assim a promoção da saúde, principalmente daqueles que se encontram em estado de vulnerabilidade.

Entre as demais atividades desenvolvidas por esse profissional é seu papel atuar no sentido de promover a integração e compreensão das diferentes práticas teóricas, otimizando os espaços e oportunidades no sentido de promover o momento de escutar e dar acolhida ao indivíduo diante das dificuldades enfrentadas nessa fase de sua vida.

## CAPITULO II

### 2 O ESTIGMA DO CÂNCER E A DOR DO DIAGNÓSTICO

Estatísticas, apresentadas pelo INCA (2010) <sup>5</sup>, estimam que cerca de 80% de todas as causas de câncer são teoricamente evitáveis, principalmente por meio de medidas primárias educativas desde que o paciente tenha acesso aos serviços da saúde. Coelho (2000) ressalta que, experiências no campo da saúde pública têm demonstrado que para o controle efetivo das doenças, não basta às ações de saúde no plano individual/curativa, é preciso estabelecer metas e estratégias no sentido de promoção da saúde e sua prevenção. Infelizmente essas ações vêm sendo desenvolvidas a passos lentos, forma descontínua, com pouca abrangência.

Associada a falta de informação sobre as medidas primárias educativas no sentido da promoção e prevenção da saúde, especialistas colocam que, o problema do câncer é ainda mais grave quando a doença está associada à pobreza, nem sempre as pessoas têm condições de buscar um atendimento de imediato tendo que enfrentar as filas de espera no Sistema Único de Saúde (SUS). Em muitos casos, o atraso no tratamento agrava a situação gerando sentimentos de dor, revolta, desesperança e a desistência de lutar pela própria vida.

Para a maioria das pessoas, o diagnóstico do câncer equivale a uma sentença de morte. O desespero toma conta do paciente, da família e amigos, desestruturando suas vidas por completo. O portador da doença muitas vezes passa a ser tratado como um ente querido que vai desaparecendo gradativamente, a idéia de estar próximo ao momento da morte e o sofrimento que o acompanha torna-se inevitável, gera um turbilhão de sentimentos muitas vezes incontroláveis (YOUNES, 2001, p.43 ).

Essa doença tem assustado a população, mesmo antes do diagnóstico, diante dos sintomas e das suspeitas a pessoa e seus familiares já vivenciam a primeira fase desse processo: a angústia e a ansiedade pela espera do resultado. Ao receber a confirmação do diagnóstico, o primeiro impacto é o desespero seguido

---

<sup>5</sup> Fonte: INCA-Instituto Nacional de Combate ao Câncer. Ministério da Saúde.

da luta pelo tratamento, por isso tem sido um dos males que afeta a pessoa em toda sua dimensão.

As consequências dessa doença são drásticas e desencadeiam diferentes sintomas tanto físicos quanto psíquicos e emocionais. O autor Younes (2001, p. 53) compara o câncer como um jogo de xadrez, pois “só após cada movimento, cada fase do tratamento, é possível prever a reação do adversário”. Ele orienta ainda sobre a importância de percebermos os sinais de alerta manifestados no corpo, mesmo que não sejam sinais ou sintomas específicos do câncer.

O termo câncer advém do grego *karkinos* e do latim *câncer*, significando caranguejo, simbolicamente pela semelhança entre as veias entumecidas de um tumor e as pernas do animal e também pela sua agressividade, imprevisibilidade, invulnerabilidade e capacidade de aprisionamento (Chiattonne, 2009, p.99). A palavra é conhecida desde a antiguidade, e no final do século XV está vinculada à descrição de tumores malignos.

Para Younes (2001), o câncer não se refere a uma única doença, o termo abrange mais de 150 diferentes doenças ou tumores, que podem se originar em qualquer órgão do corpo. Caracteriza-se basicamente pela proliferação exuberante de células anárquicas, rebeldes, capazes de produzir uma massa ou tumor. Para Claret (1997) o câncer é uma doença que se manifesta pelo crescimento autônomo e desordenado de células e tecido e por motivos ainda desconhecidos. Atinge indivíduos de qualquer idade, sendo mais comuns em pessoas adultas.

Di Biaggi (1990) coloca que o Câncer é o reflexo do nosso tempo. A autora afirma que o “câncer, longe de revelar algo de espiritual”, revela que o corpo é apenas corpo, falível e finito. Não há estética na doença. O câncer é um assunto raro e não existe poesia. “A mitologia do câncer liga a doença à resignação, aos sofredores, aos não sensuais” (CHIATTONE, 2009, p.103).

De acordo com o Dr. Ress (ISTOÉ, 2001), a classificação dos cânceres, ocorre de acordo com o tipo de célula que o originou, e não de acordo para os quais espalhou, sendo considerada como classificação primária da doença. Segundo ele:

Os cânceres são graduados de acordo com o quanto de células se diferenciam do normal. No câncer bem diferenciado, (às vezes denominado de “1º grau”) algo da arquitetura celular normal é mantido e as células não parecem se dividir frequentemente. Algumas podem até reter alguma capacidade de desempenhar suas tarefas específicas originais. No outro

extremo do espectro encontram-se os cânceres pouco diferenciado (grau 3), nos quais as células mudam tanto que agora são muito diferente das células normais e perdem completamente a habilidade de desempenhar as funções determinadas. Esses canceres tendem a crescer rapidamente e ser mais agressivos, além de resultar um prognóstico menos favorável (ISTOÉ, p.15,2001).

Estudos afirmam que, quase todos os tipos manifestados são alocados nos seguintes grupos: carcinomas, sarcomas, linfomas, leucemia, mielomas, melanomas, gliomas e tumores das células germinativas. Normalmente começam como uma consequência de dano no gene de uma única célula e usualmente levam muitos anos para tornar-se aparente. Após a confirmação da presença de um tumor maligno, independente do tipo de classificação, o passo seguinte é determinar o estágio do câncer.

Além da capacidade de crescimento desenfreado e descontrolado, o câncer apresenta duas características celulares fundamentais, que o torna agressivo e muitas vezes fatal: a invasão dos tecidos vizinhos e a disseminação da doença para outros órgãos. O câncer se desenvolve a partir de uma célula do próprio corpo, portanto, não é uma doença contagiosa (Younes, 2001, p.13), porém pela falta de informação ou medo do seu estigma, diferentes reações manifestam nas pessoas envolvidas provocando mudanças de comportamento e até mesmo o afastamento daquelas que apresentam a doença. Em relação a esse fator Chiattonne destaca:

Um fator estigmatizante refere-se a que, por medo do contágio, os amigos e familiares costumam separar-se ou afastar-se do paciente. Além disso, o medo do seu próprio destino (a morte), ao visualizar o outro doente, determina um afastamento inconsciente para negar o medo da morte. Assim o paciente muitas vezes se vê só, numa situação em que impreterivelmente merece apoio e reequilíbrio de suas forças vitais (CHIATTONE, 2009, p.103-104).

A preocupação com os sintomas somáticos são associados, principalmente, às suas preocupações emocionais e sociais mais do que ao seu estado geral de saúde. Assim ao diagnosticar um câncer, o paciente adocece como um todo, como uma unidade vital somato-psicológica, apresentando muito mais do que uma doença orgânica com sua sintomatologia, pois junto a ela estão a consciência e os sentimentos frente à enfermidade, com as repercussões próprias e pessoais na maneira de viver, de adaptar-se ao stress vital e delinear seu próprio destino (ANGERAM-CAMOM, 2009, p.79).

Com base nas experiências de seus pacientes e o relato de suas agonias, expectativas e frustrações no processo de doenças e nos estágios finais de suas vidas, Kubler- Ross (1969) descreve quatro estágios do adoecimento e morte.

- **Negação e Isolamento:** ocorre logo que é dada a notícia e sofre a influência da forma pela qual é dada. Neste momento é frequente o estado de choque e torpor que desorientam a pessoa e a família. Neste estágio, em que a família e a pessoa se encontram tão visivelmente ameaçadas no seu equilíbrio, a negação é o mecanismo que dá suporte a um falso equilíbrio temporário para que se passe para o estágio seguinte.
- **Raiva ou Revolta:** é o sentimento que ocorre quando a negação não é mais possível diante das evidências e das necessidades de reestruturação do equilíbrio. Os sentimentos de indignação, revolta e raiva, são expressos muitas vezes em perguntas do tipo: Porque eu?
- **Barganha ou Negociação:** representando estratégias do paciente e da família para tentar acordos que adiem um desfecho muitas vezes inadiável, com a equipe ou entre si. O objetivo final desta fase é ganhar mais tempo de vida. As reações são distintas, dependendo se o paciente estiver, neste estágio, recebendo cuidados curativos ou se ele precisa enfrentar a transição para os cuidados paliativos.
- **Depressão:** que surge quando não há possibilidade de cura, quando o tratamento ativo diminui e ocorre uma maior preocupação com o alívio dos sintomas. Neste momento o paciente entra em contato efetivo com sua doença e com suas perdas: do corpo, das finanças, da família, do emprego e do lazer. O paciente se fecha num sistema interno, pode ficar distante, quieto e vivenciar seu próprio processo de enlutamento e morte antecipada que costuma ser o momento mais solitário da pessoa.

Qualquer pessoa que passou pela experiência ou conviveu próximo a pacientes com o câncer, sabe que cada indivíduo tem sua subjetividade e portanto reações diferentes ao deparar com o problema. Ao estudar as reações do indivíduo nas diferentes fases desse processo.

Dietos (2001) ressalta:

É difícil alguém estar realmente preparado para o diagnóstico de câncer. Quando isso acontece a primeira atitude é de negação. Normalmente as

peças costumam muito a acreditar que aquele diagnóstico, culturalmente muito temido, esteja acontecendo exatamente com elas. Muito frequentemente as pessoas duvidam que estejam lhes dizendo a verdade. É um momento de grande angústia, sensação de vazio e abandono, onde a introspecção proporciona uma revisão nos valores e na vida em geral, onde afloram lembranças de pessoas queridas ou conhecidas que, muito possivelmente serão deixadas para trás (DIETOS, 2001, p.2).

O autor destaca ainda que, posteriormente a negação, surge o medo; medo de morrer, de deixar pessoas queridas, de abandonar projetos futuros. Há uma forte angústia diante da possibilidade da dependência dos outros, do sofrimento futuro, quer pela doença, quer pelas consequências do tratamento. Angerami-Camon (2009, p.76) afirmam que a ligação entre os estados emocionais e o câncer é perfeitamente conhecida desde o século XIX e que o estado psicológico de uma pessoa, evidentemente, não é só importante na geração da doença, mas também crucial no processo de cura. O reconhecimento de uma unidade funcional mente-corpo dirigiu a atenção dos cientistas para a medicina psicossomática.

Para Younes (2001), não há dúvida de que o estado psicológico da pessoa influencia, às vezes de forma dramática, o funcionamento de seu corpo. Inúmeros estudos avaliaram o papel do estresse, da tensão, da ansiedade crônica e da depressão em indivíduos com tumores. Estudos recentes apontam a ação imunossupressora da depressão, ou seja, as pessoas com depressão tem o sistema imunológico de defesa menos eficaz, permitindo que uma célula que, por acaso, tenha se tornada cancerosa, possa se desenvolver com menor oposição da vigilância imunológica.

O atual perfil epidemiológico do câncer nos âmbitos mundial e nacional enfatiza a relevância dessa morbidade na sociedade. Esse cenário confirma a importância do câncer como um problema de saúde pública e reforça a necessidade da inserção de Cuidados Paliativos na atenção à saúde dos pacientes oncológicos, considerando que muitos deles são diagnosticados em fase avançada e que mais da metade falece em decorrência do câncer. Assim, os serviços de saúde, nesses casos, devem visar não à cura, mas sim à busca por uma melhor qualidade de vida por meio de intervenções que considerem não somente aspectos biológicos, mas também psicológicos, sociais e espirituais dos pacientes (ARAUJO; LEITÃO, 2012, p. 2).

Sob a ótica de diferentes autores, Oliver (2008) descreve que, o câncer enquanto definição médica é conhecido como um tumor maligno ou neoplasia, sendo uma classe de doença caracterizada pelo crescimento descontrolado de células aberrantes. Afirma que o câncer torna-se mortal devido à invasão destrutiva de órgãos normais por estas células, por extensão direta ou por disseminação à distância, que pode ser por meio do sangue linfa ou superfície serosa. Considera diferentes fatores como causa dessa doença, entre elas desta a predisposição genética, hábitos alimentares, estilo de vida e condições ambientes.

Em seus estudos, além das causas já referenciadas por outros autores, aponta mais um elemento desencadeador dessa doença, o “fator psicológico”, conhecido também como “câncer de máculas ou mágoas”. Em suas experiências de atendimento, identificam pessoas, principalmente mulheres bem sucedidas profissionalmente e economicamente, que apresentam o câncer em seus órgãos mais sobrecarregados<sup>6</sup>. Na sessão terapêutica, detecta que em alguns casos, a doença surge do nada, porém, observa através do processo de análise uma rejeição ou decepção amorosa profunda camuflada e esquecida no inconsciente (OLIVER, 2008 p.88). Cita ainda o poema de Núbia Brasileiro, paciente que não conseguiu vencer as fases do câncer “todo nódulo tem um nome, o nome de um sentimento”.

Oliver (2008) descreve que o apego excessivo ao passado tem transformado a vida de pacientes em tragédia familiar a ponto de não enxergar fatores importantes da realidade atual, desencadeando diversas doenças, inclusive o câncer. Reforça que diante de diferentes situações não é bom apegar-se a algo, que não é bom nem ruim, pois a situação vivida deve ser aproveitada ao máximo, vividas com intensidade, e se algo ruim acontece, ao invés de apegar-se ao fator se faz necessário resolver da melhor forma possível.

Independente do fator ou causa que desencadeia essa doença, a preocupação maior tem sido a elevação dos índices de câncer no país. Dados recentes do Ministério da Saúde apontam o câncer como segunda principal causa de morte por doença no Brasil e no mundo, perdendo apenas das doenças cardiovasculares. Estima-se que haverá 576.580 novos casos de câncer

---

<sup>6</sup> A autora usa o termo “órgãos mais sobrecarregados” ao se referir aos órgãos genitais, principalmente da mulher, órgãos mais atingindo pelo câncer de máculas ou de mágoa.

diagnosticados no país em 2014. Entre os que devem ter maior incidência, estão os de pele, próstata e mama.

Estudos recentes divulgam que “com exceção do câncer de pele, a ocorrência de novos casos da doença prevista para o ano de 2014 é de aproximadamente 394.450, entre esses a maior incidência esta prevista para o sexo masculino, sendo que a estimativa aponta para 52% em homens e 48% em mulheres”. Além dos cânceres de pele, próstata e mama, o Ministério da Saúde revela que os cânceres de intestino, pulmão e estômago vem se despontando nos índices de manifestação da doença, divulga ainda que no documento, elaborado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2010), estão relacionados 19 tipos de cânceres mais frequentes no Brasil. Segundo Felipe Matoso (Ministério de Saúde), a previsão de novos casos divulgados a cada dois anos, deve servir de base para a elaboração de políticas públicas na área de oncologia uma vez que os índices têm aumentado consideravelmente.

Considerado o câncer como uma doença crônico-degenerativa, a mesma torna-se um problema de saúde pública que merece atenção. Vários aspectos devem ser considerados como importantes no incentivo e luta contra a doença, entre eles podemos destacar o diagnóstico precoce e os meios de reabilitação física, social e psicológica, pois ao se deparar com o diagnóstico, os indivíduos passam por uma experiência carregada de sofrimento, questionamento, dúvidas sobre sua evolução, bem como pelas reações provocadas pelo tratamento (Younes, 2001, p.52). A descoberta da doença é um momento difícil, tem um efeito devastador, difícil de ser enfrentado tanto pelo paciente como pela família, pois além de conviver com o estigma social surge o medo gerado pela expectativa de morte.

## **2.1 O Papel do Cuidador**

A relação de ajuda destinada a pessoa que necessita visa amenizar e solucionar sintomatologias que estejam dificultando ou obstruindo a boa qualidade de vida do ser humano. Essa relação direciona a todas as pessoas que necessita de ajuda independente de estar doente, trata-se de um relacionamento de cuidado. O cuidado abrange as diversas dimensões do viver humano e seus aspectos, bio-

orgânicos, emocionais espirituais, existenciais, ecológico-ambientais entre outros (OLIVEIRA, 2013, p.18).

A palavra cuidar tem significado bastante amplo, segundo o dicionário Aurélio “cuidar é ter atenção, cautela, zelo”, porém seu ato representa mais que um momento de atenção, é na realidade uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização, compromisso e envolvimento afetivo com o outro. Nessa relação dinâmica, considera-se como cuidador aquele que cuida independente do momento ou da situação. No prefixo da língua portuguesa, a palavra vem do "cuidar+dor", é o cuidar da dor do outro, e assumir tal função exige inevitavelmente da pessoa que cuida uma série de readaptações de suas atividades cotidianas, renúncias e principalmente doação do seu próprio “eu”.

As sabias palavras de Leonardo Boff (1999), retrata a essência básica que norteia a vida do ser “o cuidado é essência ao ser humano, esse fator permite a revolução da ternura, fazendo surgir o ser humano complexo, sensível, solidário, cordial, conectado com a vida, com todos os seres e com o universo”. Em se tratando de saúde, ou melhor, de doença, situações que gera maior sensibilidade no indivíduo, esse cuidado é primordial. As pessoas que se mantêm em contato direto com o paciente, seja a equipe ou alguém da família na função de Cuidador, que na maioria das vezes é a pessoa mais próxima, precisam ser consideradas e vistas como seres humanos capazes de manifestar sentimentos, reações, comportamentos positivos e negativos durante um processo de tratamento, ou seja, necessitam um olhar, portanto de serem cuidados.

Para Boff (1999) “cuidar é mais que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”. O cuidar é um ato de amor, doação pessoal, exige competência e implica em formação de vínculo, relações de ser e saber fazer. Há conhecimento e reconhecimento, através de expressões que envolvem a fala, o olhar ou o toque físico. Oliveira (2012) ressalta que entre os seres humanos, o cuidado é vital, pois sem cuidado não há chance de vida.

Em se tratando da doença, a Organização Mundial da Saúde aponta a necessidades de Cuidados Paliativos descrevendo-os como ações voltadas aos pacientes que possuem doenças que ameaçam a continuidade da vida e aos seus

familiares, com o intuito de prevenir e tratar problemas biológicos, psicológicos, sociais e espirituais e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida.

Na relação entre a saúde e a doença, Araújo e Leitão (2012) apresentam o conceito de cuidador informal, ou seja, a pessoa responsável por auxiliar o paciente dependente no seu dia a dia, entre outras tarefas, e, em geral, proveniente do próprio núcleo familiar. São considerados Cuidadores informais os familiares, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos e outras pessoas da comunidade, voluntários que se dispõem a cuidar, porém, sem formação profissional específica. Esse cuidador pode ainda ser classificado em primário e secundário de acordo com o cuidado que irá prestar.

Sobre a dimensão do cuidar e a relação com as pessoas mais próximas do paciente. Inocenti (2009) afirma que:

A família constitui um dos núcleos centrais na formação de crenças, valores, conhecimentos do indivíduo e, em geral, quando um indivíduo adoece toda a família sofre e sente as conseqüências do momento vivenciado. Partindo da premissa de que o cuidador também sofre com o adoecer e com a proximidade da morte de seu familiar, vêm à tona questões a respeito da vivência do cuidador familiar durante o cuidado com o paciente fora de possibilidades de cura: o cuidador se sente preparado para cuidar do paciente? (INOCENTTI, 2009, p.6).

O ser humano está intimamente relacionado com doenças, quer ela seja vista como ameaça potencial, realidade a ser vivida de ou padecimento de um ente querido. O sofrimento advindo da constatação da finitude do ser inevitável se presentifica em uma instituição hospitalar, pois adoecer é perder uma condição anterior de vigor, de produção, de defesa. As situações de perda (morte), das condições de sadio (doença) e de inteiro (cirurgia), entre outras, levam à quebra de incertezas e ilusões e ao questionamento: Porque eu? (MOURA,1996 apud FILGUEIRAS, 2011, p.65).

O período de tratamento e a situação de vulnerável de um ente querido torna-se para o cuidador um momento muito doloroso, uma vez que o mesmo vivencia todos os passos desse processo. Frente a essa situação, muitas vezes não sabe que decisão tomar, surge a sensação de impotência diante das dores e sofrimentos provocados pela doença e pelo processo de hospitalização, pois o espaço do hospital é cercado de mitos e fantasias relacionados ao sofrimento e a morte (VERONEZE, 2011 p. 65).

A fase terminal de um paciente é tida como a mais difícil e angustiante de todas. O paciente precisa administrar a dor, a insuficiência respiratória, a confusão mental, seguidos dos quadros de ansiedade e depressão. Nesse caso o cuidador vivencia todos os passos, sem deixar transparecer suas emoções e sentimento de impotência diante do fato. Uma ação que exige controle de seu estado emocional e psíquico, mas também cuidado.

Nesse pensamento, Oliveira (2012) retoma as palavras de Leonardo Boff ao destacar que o cuidado faz parte da constituição ontológica do ser humano:

É notório que o cuidar é muito exigente e pode levar o cuidador ao estresse. Especialmente se o cuidado constitui-se, como deve ser não um ato esporádico, mas uma atitude permanente e consciente. Somos limitados, sujeitos ao cansaço e a vivência de pequenos cansaços e decepções. Sentimo-nos sós. Precisamos ser cuidados, caso contrário, nossa vontade de cuidar se enfraquece (BOFF, 2003 apud OLIVEIRA, 2012, p.22).

Na reflexão sobre quem cuida do cuidador, Oliveira (2012) destaca um ponto fundamental ao tratar desse sujeito. Enfatiza que “para cuidar dos outros precisamos aprender a cuidar de nós mesmos, pois só podemos dar o que temos”. Porém, fica evidente que no momento de vulnerabilidade do paciente e diante da necessidade de oferecer cuidados ao mesmo, o Cuidador coloca sua vida em segundo plano.

O ato de cuidar transforma-se num momento de entrega, de doação, assim o Cuidador passa a não ter vida própria, vive em função dos resultados de cada fase, perde suas características e autonomia. Deixa seu trabalho, suas atividades e até mesmo outros membros da família, seus interesses e problemas passam a ser secundários. Considerado um período exclusivamente do doente, omite seus próprios sentimentos com expressivo predomínio de depressão, ruptura na rotina e dificuldades financeiras.

## **2.2 A importância do Acompanhamento Psicológico ao Cuidador da Pessoa com Câncer**

O câncer é, sem dúvida, uma entre algumas doenças penosas que atemorizam e afligem as pessoas, pois possui conotações extremamente negativas; para a grande maioria, o diagnóstico de câncer é ainda uma sentença de morte. Uma doença que afeta o ser humano em todas as suas dimensões. “Suas emoções

são fenômenos físicos e cada alteração fisiológica tem o seu componente psicoemocional que provoca uma inaceitabilidade social, atribuída a diferentes causas, sendo uma das mais relevantes o medo do prolongado sofrimento no decorrer do tratamento e das etapas da doença” (CHIATTONE, 2009, p.103).

Somando a essa questão, surge também a desinformação sobre a doença, gerando correlações errôneas em relação ao contágio e a despersonalização do indivíduo, o que afeta de modo profundo sua autoestima, fator que na maioria das vezes provoca o seu próprio isolamento. Paralelo a isso, outro elemento considerado extremamente estressante tanto para o paciente como para seus familiares é o processo de hospitalização, pois ao ser internado o sujeito perde sua sustentação imaginária e ilusória de saúde perfeita (CHIATTONE, 2009).

O processo de internação produz um corte na vida da pessoa, afastando-a quase sempre de sua rotina de vida familiar, profissional e social, perdendo suas referências afetivas e sociais. Em relação a isso Filgueiras faz a seguinte consideração:

[...] O hospital é um lugar desconhecido, despersonalizante, com uma movimentação enorme de pessoas, igualmente desconhecidas, em que todos que circulam nesse espaço têm uma rotina a cumprir, inclusive os pacientes e seus cuidadores. Há uma uniformidade de nas roupas, na comida (exceto quando há indicação de dieta especial), nos horários de banho, refeições, visitas exames, prescrições. No hospital, os pacientes, muitas vezes, são identificados pela sua patologia e não por sua subjetividade. Assim é que temos “aquele que enfartou”, ou “o que sofreu edema agudo de pulmão”, aquele que “acabou de chegar de cadeira de rodas”, ou ainda, o “do leito tal” (FILGUEIRAS, 2011, p.33).

A autora destaca ainda que no contexto hospitalar, o paciente é submetido a um sistema de poder, quase sempre inquestionável. Tudo deve ser seguido à risca: vontade, anseio, demanda e desejo, o que aumenta ainda sua fragilidade, exigindo ainda mais cuidados por parte das pessoas que estão próximas e que na maioria das vezes são seus familiares. É nesse contexto que surge a figura do Cuidador como suporte, pessoa capaz de lidar com diferentes situações e emoções, na relação entre saúde e doença.

A tarefa de cuidar de um ente querido durante o tratamento e principalmente na fase terminal é bastante estressante. Grande parte dos cuidadores nessa jornada também se fragiliza, tendo em vista o impacto do diagnóstico, as sucessivas internações, o encaminhamento para os cuidados paliativos e o processo de

tratamento nas diferentes fases da doença. Em sua dimensão amorosa, o cuidador manifesta o desejo de manter o paciente sob seus cuidados, porém, nem sempre, está preparado para lidar com o sofrimento do outro e administrar seus próprios sentimentos frente à situação de doença. Para Chiattonne (2009), é uma etapa árdua e penosa, motivada por esperança de cura, mas também com desilusões, sofrimentos e importante carga de trabalho dispensada ao paciente, intensificada ainda mais com a evolução da doença.

Nesse sentido, Younes (2001) coloca que o diagnóstico do câncer traz uma gigantesca pressão emocional para o paciente e sua família. As reações individuais variam, porém, a maioria dos pacientes se adapta à nova situação. Alguns, no entanto, necessitam de apoio psicológico para enfrentar a doença e o tratamento.

Ao abordar sobre o papel dos familiares na relação do cuidar, as psicólogas Araújo e Leitão (2012) relatam o modelo domiciliar de assistência aos pacientes crônicos. Segundo elas, esse atendimento favorece a permanência do paciente no núcleo familiar, porém determina maior investimento de tempo e responsabilidade do cuidador. Enfatizam ainda que:

[...] Na maioria dos casos, é o familiar que, de maneira inicialmente inexperiente assegurará ao doente uma presença constante para auxiliá-lo no lidar com várias alterações. Os cuidados podem incluir auxílio em atividades da vida diária ou da vida prática, e acompanhamento do tratamento como um todo. Cuidar do doente de câncer, especialmente em estágios avançados, é tarefa que provoca desequilíbrio, sobrecarga física, social e econômica (ARAÚJO; LEITÃO 2012, p.1).

Diferente de outras patologias crônicas, os cuidados do paciente com câncer requer do Cuidador responsável, um intenso equilíbrio emocional em função das características específicas da doença e de seus estágios de tratamento, o que na maioria das vezes provoca no mesmo a sensação de impotência e angústia frente à dificuldade em aliviar seu desconforto, assim, a representação do câncer assume grandes proporções relacionadas com desesperança, ansiedade, dor e antevisão de morte sofrida (ARAÚJO; LEITÃO, 2012, p.1).

Diante da realidade e com base nas atuais condições oferecidas ao cuidador no espaço hospitalar, percebe-se que esse sujeito é visto apenas como alguém que está ali para ajudar, considerados como “recurso em benefício do indivíduo”, não como um alvo de atenção da equipe de saúde. É um indivíduo "rotulado", para ajudar neste processo de cuidar (ARAÚJO; LEITÃO, 2012). As autoras

fundamentam através de pesquisa realizada com 133 cuidadores de pacientes na fase terminal, sem possibilidades de cura, a observação de que, entre outros fatores, o processo de cuidar provocou em seus cuidadores altas taxas de ansiedade e depressão, gerada pelas circunstâncias da doença seguida da dificuldade sofrida pela mudança na rotina, principalmente em caso de tratamentos fora domicílio.

A Organização Mundial da Saúde considera o atendimento às necessidades dos cuidadores um dos principais objetivos dos cuidados paliativos e determina que se disponibilize um sistema de apoio para ajudar a família durante a doença do paciente e no processo do luto (ARAÚJO; LEITÃO, 2012). É nesse sentido que o acompanhamento psicológico a esses cuidadores se faz necessário, uma vez que o mesmo enfrenta diferentes situações de sofrimento deixando-o vulnerável tanto quanto o doente, alimentado ela expectativa de algo bom pode acontecer.

Para as autoras, as mudanças drásticas que surgem na vida dos envolvidos, nem sempre são fáceis de serem administradas, surgem problemas que vão desde as questões relacionadas à infraestrutura, com também o aumento de trabalho, exigindo uma maior disponibilidade de tempo e adaptações financeiras. Todo esse movimento e mudança acarretará uma sobrecarga emocional, fator que desencadeará sentimentos profundos de tristeza, impotência, frustração, culpa, raiva, medo, entre outros, e que pode vir a comprometer seu bem estar físico e psíquico.

O estigma do câncer é algo que se encontra arraigado nas pessoas. As expectativas e fantasias negativas, inadequadas muitas vezes, fazem aumentar o sofrimento do paciente e conseqüentemente dos Cuidadores que estão próximos a ele. A atitude de esquiva, negação e horror, reflete na conduta da associação câncer/sofrimento/morte. Assim, a presença do câncer, para muitos, determina a discriminação e rejeição social, desde o âmbito familiar até as atividades produtivas e sociais, onerando substancialmente o paciente, que além da situação da doença em si (tratamento, exames agressivos, cirurgias multilantes, etc.) necessita enfrentar o descrédito social” (CHIATTONE, 2009, P.105).

É nesse contexto que o Cuidador se desdobra, ao ter que enfrentar problema do paciente e a sua própria situação emocional. Por outro lado à capacidade de doar-se através do ato de cuidar libera um sentimento de gratificação por parte de quem cuida, fator que na maioria das vezes passa a ser o centro de sua

atenção e a prioridade de sua vida, esquecendo assim de seu próprio “eu”. Ao tratar da ternura na essência do cuidado, Oliveira (2012, p.33), destaca que “a pessoa em sofrimento, muitas vezes, fica como que travada, paralisada, sem ação”. A práxis da ternura cuidadora, quando alguém se detém para cuidar, libera gestos e ressignifica o sofrimento. Porém, essa capacidade humanizada de cuidar muitas vezes coloca o Cuidador em situação de estresse e sofrimento esquecendo-se de si mesmo.

Para Matos (2002, p.5), o câncer é uma doença familiar, pelo impacto que provoca. A família que mantém uma comunicação franca e aberta oferece uma qualidade de vida melhor ao paciente, ajudando-o a se adequar às situações mais difíceis. Na maioria dos casos a família passa a ser o esteio, a ponte ou elo entre paciente e o médico, por isso é fundamental saber lidar com as diferentes situações que surgirão.

E nesse sentido que se faz necessário estabelecer políticas públicas no sentido de cuidar do Cuidador para que o mesmo tenha condições físicas e psíquicas no momento de exercer o acompanhamento ao seu paciente e ajudá-lo a superar esse momento. Segundo Matos (2002), o atendimento psicológico à família é fundamental na medida em que, este desempenha papel importante, pois, suas reações muito contribuem para a recuperação do paciente. Através do acompanhamento aos familiares, podem-se propiciar meios para que vivenciem seus conflitos relacionados à doença.

A autora ressalta ainda que, a presença do psicólogo nas diferentes etapas do processo é fundamental. Seu conhecimento e experiência favorecem na orientação principalmente da família que diante do sofrimento muitas vezes não está preparada para a tomada de decisão. É na vigência da doença e no momento de crise que o Psicólogo tem a função de atuar juntamente com os demais profissionais da equipe para intervir e mobilizar recursos no sentido de orientar o paciente e a família minimizando o sofrimento ao fazer o enfrentamento e adesão ao tratamento, na compreensão das etapas da doença, e muitas vezes na aceitação da morte, no entendimento das fases do luto e reorganização da vida pós-câncer.

Por fim, acreditar nas possibilidades da presença do psicólogo dando suporte ao Cuidadores da pessoa com câncer, não deve ser uma utopia, mais sim uma busca incessante de melhoria da qualidade de vida a esses sujeitos, uma vez que a dor, a tristeza, as angústias e dificuldades, caso não trabalhadas podem

desencadear emoções e alterações emocionais, físicas e psíquicas difíceis de serem controladas.

## CAPITULO III

### 3 MATERIAL E MÉTODO

Toda produção científica deve seguir caminhos e procedimentos metodológicos que assegurem sua confiabilidade e relevância. Assim, o capítulo que segue irá apresentar esses procedimentos, ou seja, os métodos e as técnicas que foram utilizados na elaboração da pesquisa, na certeza de que para desenvolver um trabalho com sucesso é preciso compreender seu significado, buscando alcançar os objetivos propostos através de uma metodologia clara, coerente e definida. Assim para analisar por população em amostra, lançou-se mão do uso de métodos específicos da pesquisa científica, considerando a ideia de Marconi e Lakatos (2004, p. 46), que conceitua método como: “o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo”.

Considerando que na metodologia serão apresentados os métodos científicos utilizados para a realização e validação da pesquisa, uma vez que os trabalhos acadêmicos deverão valer-se de conhecimentos científicos que justifiquem sua relevância, com o objetivo de responder as hipóteses levantadas. Nesse sentido, para a conclusão do referido trabalho, foram utilizados métodos qualitativos para análise das respostas ao questionário aplicado.

#### 3.1 Tipos de pesquisa

Para atingir os objetivos propostos, a referida pesquisa apresenta caráter qualitativo. De acordo Figueiredo (2004, ), “as pesquisas qualitativas com dados não quantificáveis, coletam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos, que não necessitam tanto de uma estrutura, mas em compensação requerem envolvimento do pesquisador ao Máximo”.

A pesquisa qualitativa tem caráter exploratório, pois estimula os entrevistados a pensarem livremente sobre o tema, objeto ou conceito, permite ao sujeito expor seu pensamento possibilitando também ao investigador uma análise e interpretação mais detalhada do assunto pesquisado. Mostra aspectos subjetivos e

atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. É utilizada quando se busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação.

Na pesquisa qualitativa se faz necessário um envolvimento por parte do pesquisador. Nesse sentido, Figueiredo (2004) coloca que as pesquisas trabalham com dados não quantificáveis, coletam e analisam matérias pouco estruturadas e narrativas, que não necessitam tanto de uma estrutura, mas em compensação requer o envolvimento do pesquisador.

A respeito da pesquisa qualitativa Marconi e Lakatos destacam que:

A metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamentos, etc.(MARCONE e LAKATOS, 2006, p.269).

Em geral, o enfoque qualitativo considera a relação dinâmica entre a realidade e os sujeitos envolvidos com interesse mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados. Tem como aspectos definidores identificar como o fenômeno acontece, como se manifesta, como é percebido pelos envolvidos, e qual o sentido de suas atividades.

Ao abordar sobre a pesquisa qualitativa Trivínos (1987) faz a seguinte referência:

Uma investigação qualitativa poderá ser operacionalizada com base em estudos exploratórios porque permite ao pesquisador aumentar sua busca em torno de certo tópico-problema podendo servir de ponto de partida para futuros estudos descritivos, em que o pesquisador irá aprofundar sobre o tópico-problema. A pesquisa exploratória é um estudo preliminar realizado com a finalidade de melhor adequar o instrumento de medida à realidade que se pretende conhecer (TRIVINÓS, 1987 *apud* TEIXEIRA, 2005).

Uma fonte de dados muito importante na pesquisa qualitativa é a pesquisa documental é realizada em fontes variadas. No referido trabalho, essa fonte constituiu-se dos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde, principalmente no que diz respeito ao levantamento do número de óbitos de pessoas com câncer, como também os que estão em fase de tratamento, pois a análise documental constitui uma técnica importante como recurso na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (Ludke e André, 1986).

É importante ressaltar que a pesquisa nunca se fecha, ou seja, é um processo de trabalho contínuo que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações. Toda pesquisa produz novos conhecimentos e abre caminho para outras investigações, provoca o sujeito para um aprofundamento posterior.

### **3.2 População e amostra**

A população para este estudo constituiu-se de 10 (dez) pessoas de ambos os sexos, que exerceram o papel de Cuidador direto de uma pessoa com Câncer, no Município de Juína, nos últimos dois anos, a partir do diagnóstico e durante todas as fases do tratamento.

A escolha do sujeito transcorreu de forma arbitrária contando com a disponibilidade de cada participante. A identificação e localização dos mesmos se deram a partir de informações cedidas pela Secretara Municipal de Saúde, Central de Regulação do SUS e Setor de Atestado de Óbito. Será extinta a identificação do sujeito garantindo a privacidade e os princípios da ética mantendo o sigilo quanto às fontes das informações.

### **3.3 Instrumentos de coleta e análise dos dados**

O estudo realizado considerará os resultados coletados com pessoas que vivenciaram a trajetória de acompanhamento como cuidador de uma pessoa com câncer, nos últimos dois anos levando em consideração o acompanhamento nas diferentes fases do processo: do diagnóstico à morte, destacando os sentimentos, dificuldades e possíveis estratégias ou ajuda que possibilitaram minimizar os impactos do sofrimento.

Como instrumento para coleta de dados, no primeiro momento adotou-se questionário respondido individualmente pelo sujeito envolvido, sem a presença da pesquisadora. Esse instrumento foi utilizado, por constituir de um procedimento rápido e prático. Nele foram elaboradas perguntas estruturadas e semi estruturadas, facilitando a compreensão do sujeito envolvido. O questionário permitiu recolher informações sobre a percepção dos envolvidos nas diferentes fases do processo.

Em função das circunstâncias e do tema desencadear manifestação de emoções e sentimentos na pessoa entrevistada, revivendo lembranças do período em questão, alguns questionários foram respondidos na presença da pesquisadora por solicitação dos envolvidos, justificando ser um assunto doloroso e que gostariam que fossem anotadas as respostas.

Em relação ao questionário como instrumento para coleta de dados, Marconi e Lakatos (2010) consideram-no como um instrumento constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistado. As questões estabelecidas no instrumento permitirão que os sujeitos envolvidos expressem seus sentimentos e emoções de forma clara e precisa, oferecendo informações pertinentes como subsídio para o tema pesquisado, tendo em vista a solicitação da presença da pesquisadora por parte de alguns, nesse caso procurou-se manter a neutralidade em relação às questões possibilitando que as respostas fossem as mais originais possíveis, assim, parte desse momento de coleta de dados transformou-se num momento de escuta, elemento fundamental para a psicologia.

Detectou-se a utilização do questionário como um elemento limitador da pesquisa, levando-nos a considerar que a entrevista gravada para posterior transcrição, talvez oportunizasse ainda melhor as expressões dos sujeitos.

### **3.4 Fontes dos dados**

A principal fonte de dados que constituiu as informações da referida pesquisa foram relatos e a experiência de acompanhamento dos sujeitos envolvidos nesse processo, seguido de informações coletas na Central de Regulação e Setor de óbitos vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Juína/MT. Os dados coletados foram fundamentados a partir de pesquisa bibliográfica.

### **3.5 Procedimentos**

A presente pesquisa consolidou-se com 10 pessoas que nos últimos dois anos passaram pelo processo de acompanhamento como Cuidador de uma pessoa com câncer, no município e fora do domicílio. O questionário (apêndice) contempla

quatorze (13) questões fechadas e sete (6) questões abertas, subdividido em quatro eixos: perfil do cuidador, questões em relação à manifestação da doença, ao acompanhamento do paciente e com relação ao período de tratamento.

Os dados quantitativos foram coletados sem planilhas do Microsoft Excel e tratados estatisticamente em frequência absoluta(n) e frequência relativa (%) para análise baseado nos parâmetros oficiais e na literatura consultada.

Através das respostas obtidas nos questionários, adotaram-se os registros das práticas e das ações realizadas. As respostas delinearam o sentido e a interpretação que os sujeitos dão às suas práticas. Os dados foram analisados através do conteúdo do discurso dos sujeitos entrevistados, sendo fundamentados à luz de teorias de diversos autores e pesquisadores sobre o assunto.

Os resultados foram transcritos na íntegra, respeitando o posicionamento dos sujeitos pesquisados e apresentados em sua forma natural, considerando os pensadores que darão suporte teórico a pesquisa. Para manter a integridade de cada Cuidador e o sigilo de suas identidades, as identificações dos mesmos seguiram a ordem alfabética de A - J.

## CAPITULO IV

### 4 RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS

Para efetivação dessa pesquisa, buscou-se dados junto a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Juína-MT/Setor de Óbito e de Regulação, verificando o número de pacientes que estão em tratamento de câncer nesses dois últimos anos e o número de pessoas que faleceram vítimas do Câncer. Dos 198 óbitos ocorridos no ano de 2012, 33 tiveram como causa da morte o câncer, totalizando 16,66 %, já em 2013, do total de 222 falecimentos, foram expedidos 34 atestados de óbito com registros de mortes por Câncer, correspondendo a 15,31 % dos casos. Em 2014, mesmo sem fechar o semestre já foram registradas 14 mortes com a mesma causa. Levando em consideração os dados oferecidos pelo Setor de Regulação/Secretaria Municipal de Saúde de Juína, temos hoje 200 encaminhamentos em TFD (Tratamento Fora Domicílio), com maior destaque para câncer de colo de útero, mama, próstata e pele, mais 30 encaminhamentos de primeira consulta, esperando agendamento em hospitais de referências, considerado um número bastante elevado em relação aos últimos anos.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde e as previsões de novos casos de câncer, divulgadas a cada dois anos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), percebe-se que os índices têm aumentado de forma significativa causando preocupação aos administradores públicos, pois a doença tem sido uma das principais causas de morte por doença, no Brasil e no mundo. Segundo informação do Ministério, a estimativa para 2014 é 11% maior que o total de novos casos esperados dois anos atrás (520 mil). Esse crescimento anual reforça a prioridade e a necessidade de promover ações em prol do aumento na expectativa de vida da população para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de qualidade, através de Políticas Públicas voltadas para a doença.

A partir dos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde/Setor de Óbito e a escolha dos sujeitos para a coleta dos dados, alguns elementos foram levantados para traçar o perfil dos mesmos sendo eles: idade, profissão, sexo, grau de escolaridade e renda familiar, como segue quadro abaixo:

#### 4.1 Perfil do Cuidador

Quadro 1 – Perfil do Cuidador

QUESTÕES	N	%
<b>1 – Caracterização cuidadores segundo sexo:</b>		
Feminino _____	9	90
Masculino _____	1	10
Total _____	10	100
<b>2 – Caracterização dos Cuidadores segundo Grau de Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto _____	4	40
Ensino Fundamental Completo _____	4	40
Ensino Superior _____	2	20
Total _____	10	100
<b>3 – Caracterização dos Cuidadores segundo o número de pessoas na família</b>		
1 a 3 pessoas _____	8	80
3 a 5 pessoas _____	2	20
Total _____	10	100
<b>4 – Caracterização dos Cuidadores de acordo com a renda familiar</b>		
1 a 2 salários _____	6	60
2 a 4 salários _____	2	20
4 salários ou mais _____	2	20
Total _____	10	100

**Fonte:** Questionário aplicado/Juína, ano 2014.

Diante dos dados apresentados na amostra, verifica-se que na maioria dos casos, a pessoa do Cuidador foi do sexo feminino e da família nuclear do paciente.

Um dos motivos que pode levar a esse resultado é a disponibilidade em função de que muitas das acompanhantes não terem um trabalho fixo e, principalmente, porque as mulheres pela sua própria natureza e instinto materno, apresentam condições emocionais e psicológicas para lidar com a situação, e até mesmo terem incorporado à ideia de que “tem mais jeito pra cuidar do doente”, herança que remonta aos primeiros grupos e comunidade, conservando os resquícios estabelecidos pela sociedade patriarcal ao determinar historicamente o papel da mulher como protetora e responsável pelo bem estar de seus familiares que expressa não só em padrões, objetivos de relações sociais, mas que também marca arquetipicamente o inconsciente, em sua tessitura mais profunda, em nossas identidades de homens e mulheres (SANTOS, 2011).

Em relação à idade, todos os Cuidadores entrevistados se apresentaram com mais de 50 anos, entres eles alguns não exercem ativamente a profissão, com maior disponibilidade de acompanhamento em função de serem aposentadas, porém em outros casos foi encontrado Cuidadoras que abandonaram, periodicamente, a profissão em função da necessidade de cuidar de seu paciente.

Quanto o grau de escolaridade dos sujeitos, de acordo com a amostra apresentada, grande parte dos Cuidadores possuem somente ensino fundamental, muitos nem chegaram a concluí-lo e apenas dois sujeitos cursaram o ensino superior. Já os dados que dizem respeito à constituição da estrutura familiar, percebe-se que os resultados apresentam um elemento que vem se constituindo na estrutura geral da família brasileira, ou seja, a redução do número de integrantes na família. Toda população em amostra constituiu-se de um pequeno número de componentes, sendo a maioria de apenas três (3) pessoas por família.

Em relação à renda familiar apresentada, percebe-se que a maior parte dos envolvidos constitui-se de uma população de baixa renda, sendo que apenas em dois casos a renda familiar é superior a quatro salários<sup>7</sup>, o que esclarece a dificuldade financeira apresentada por três sujeitos na questão que diz respeito às dificuldades no período de acompanhamento.

---

<sup>7</sup>O valor do salário mínimo no momento da coleta de dados correspondia a R\$ 724,00. Abril/2014.

## 4.2 Caracterização do Sujeito

Neste trabalho adotamos alguns critérios para caracterizar o sujeito que exerceu o papel de Cuidador direto do paciente com câncer desde o momento do diagnóstico, percorrendo pelas fases do tratamento. Para melhor compreensão desse processo apresentamos em síntese a caracterização de cada Cuidador, levando em consideração a realidade de cada sujeito de acordo com os momentos vivenciados.

### Quadro 2 - Caracterização dos sujeitos

**Cuidador A:** sexo feminino, 65 anos, professora com Ensino Superior completo, renda familiar de 2 a 4 salários, a família é composta de 2 a 4 integrantes. Esposa do paciente (mais de 50 anos) apresentou melanoma, a princípio diagnosticado na virilha, se estendendo ao longo do tempo para os demais órgãos. Realizou o acompanhamento sozinha por mais de um ano, com tratamento no município, seguido de inúmeras viagens e internamento em Cuiabá. A cuidadora foi encaminhada para atendimento psicológico no CAPS/Juína e não havia sido chamada até o momento da coleta de dados. Como estratégia para superação das “angústias, tristezas, desespero” (sic) buscou tratamento homeopático.

**Cuidador B:** sexo feminino, 39 anos, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, com família composta de 1 a 3 integrantes. Mãe da paciente de 20 anos que apresentou um quadro inesperado de leucemia. Realizou o acompanhamento por 3 meses pois a mesma veio a óbito muito rápido. Durante esse tempo teve ajuda de seu irmão em função de passarem todo o período no hospital. Antes da doença da filha, trabalhava com vendedora, no momento encontra-se desempregada. O impacto do diagnóstico seguido das etapas da doença causou-lhe “desespero, estranheza e paralização, *como em um acidente*” (sic). Durante esse período, a Cuidadora não recebeu nenhum atendimento psicológico ou outro tipo de acompanhamento ou tratamento alternativo.

**Cuidador C:** sexo feminino, 59 anos, ensino fundamental incompleto, irmã do paciente, renda familiar de 1 a 2 salários, de 1 a 3 integrantes na família. Nesse município, realizou acompanhamento do paciente de 57 anos por 3 meses, o mesmo apresentou um tumor vazante (diagnóstico descrito pelo médico). Em função do estágio da doença e do deslocamento por diversas vezes para outra cidade, houve revezamento no tempo de cuidado com a outra irmã. Durante as fases do tratamento e período de luto, “passou por grandes preocupações principalmente por que a mãe já havia falecido com câncer” (sic), porém, a mesma não recebeu nenhum atendimento psicológico.

**Cuidador D:** sexo masculino, 68 anos, ensino fundamental incompleto, aposentado, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos para uma família de 1 a 3 integrantes. Esposo de paciente com mais de 50 anos, que a princípio apresentou sintomas de cisto ( no momento o Cuidador não soube identificar o tipo de câncer). Realizou o acompanhamento por mais de um ano revezando em alguns momentos com sua filha, principalmente nos períodos de tratamento em Cuiabá. O Cuidador, ao se deparar com o problema “tentou se conformar, pois sabia que era uma doença que não tinha cura” (sic). Durante esse percurso não recebeu atendimento psicológico ou qualquer outro tipo de acompanhamento.

**Cuidador E:** sexo feminino, 62 anos, ensino fundamental completo, técnica de enfermagem aposentada, renda familiar com mais de 4 salários mínimos, com família composta de 1 a 3 integrantes. Esposa do paciente com mais de 60 anos, que apresentou um melanoma a princípio no pé, de acordo com os médicos ser um dos mais graves. Realizou o acompanhamento do paciente sozinha por 3 anos, nesse período houve diversas viagens para Cuiabá com período de internamento e amputação do membro. Mesmo passando por “período de dor, sentimento de impotência frente à enfermidade”, enquanto Cuidadora, não recebeu acompanhamento psicológico durante essa etapa. O paciente recebeu esse atendimento apenas por uma só vez (sic).

**Cuidador F:** sexo feminino, 61 anos, ensino fundamental incompleto, empresária de pequeno porte com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, a família é composta de 1 a 3 integrantes. Realizou o acompanhamento por quase um ano do paciente (seu pai) com mais de 70 anos que a princípio apresentou câncer na garganta. Nesse período teve a contribuição de seu irmão nos momentos de internamento. A cuidadora, durante esse período não recebeu nenhum atendimento psicológico. Como estratégias para superação da “dor, desestrutura, angústias, tristezas e sentimento de perda” (sic) buscou tratamento homeopático, com florais e muita oração.

**Cuidador G:** sexo feminino, 50 anos, ensino fundamental completo, vendedora, renda salarial de 1 a 2 salários mínimos, família composta de 1 a 3 integrantes. Realizou sem ajuda o acompanhamento de sua mãe por mais de um ano, senhora com mais de 60 anos, diabética e com câncer no ovário se estendendo para a coluna. Diante da “tristeza, preocupação, consequências físicas e psíquicas como sequelas ainda evidentes” (sic) não recebeu em nenhum momento atendimento psicológico ou qualquer outro tratamento como forma de ajuda e superação do problema.

**Cuidador H:** sexo feminino, 27 anos, ensino fundamental completo, secretária do Lar, renda familiar de 2 a 4 salários mínimos, de 3 a 5 membros integrantes da família. Acompanhou sua avó de 76 anos que anteriormente já apresentava um caroço nas costas por mais de 3 anos ( a mesma se recusava a fazer o tratamento). Quando a doença se agravou, o acompanhamento foi realizado seguidamente por três meses até o óbito. Nesse estágio foi apresentado um quadro de neoplasia generalizada no pâncreas. Durante essa fase, recebeu ajuda de uma tia para realizar os cuidados e acompanhamento. Por ter sido uma situação muito rápida não foi possível fazer o tratamento fora de domicílio. Nesse período não recebeu acompanhamento psicológico.

**Cuidador I:** sexo feminino, 61 anos, ensino fundamental incompleto, atua no setor de dominação comercial, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, com 1 a 2 membros integrantes da família. Acompanhou sua sobrinha de 23 anos durante o período de quase um (1) ano com um melanoma agressivo na garganta. Durante esse período revezou o acompanhamento com seu irmão (pai da paciente), uma vez que a mãe não se apresentava em condições psicológicas pra acompanhá-la. Durante o período de tratamento, por algumas vezes, principalmente nos momentos decisivos dentro do hospital, houve o acompanhamento com o psicólogo da unidade.

**Cuidador J:** sexo feminino, 27 anos, ensino superior completo, professora, com renda familiar de mais de quatro salários mínimos, de 1 a 3 membros integrantes da família. Acompanhou sua sogra de 70 anos que apresentava melanoma, a princípio na pele, se estendendo com o tempo, para demais órgãos. O acompanhamento foi realizado por três anos, porém no último ano a paciente necessitou de mais atenção. Durante o período de tratamento, a Cuidadora recebeu ajuda esporádica das filhas da paciente, principalmente quando houve o deslocamento da mesma para outro estado. O atendimento psicológico foi oferecido somente para a Cuidadora que acompanhou a paciente no estado do Paraná. Durante o período de tratamento realizado no Estado do Mato Grosso não houve atendimento psicológico. Como forma de superação do “desespero, sentimento de injustiça e dor” (sic), a Cuidadora buscou ajuda através do tratamento alternativo com homeopatia e florais.

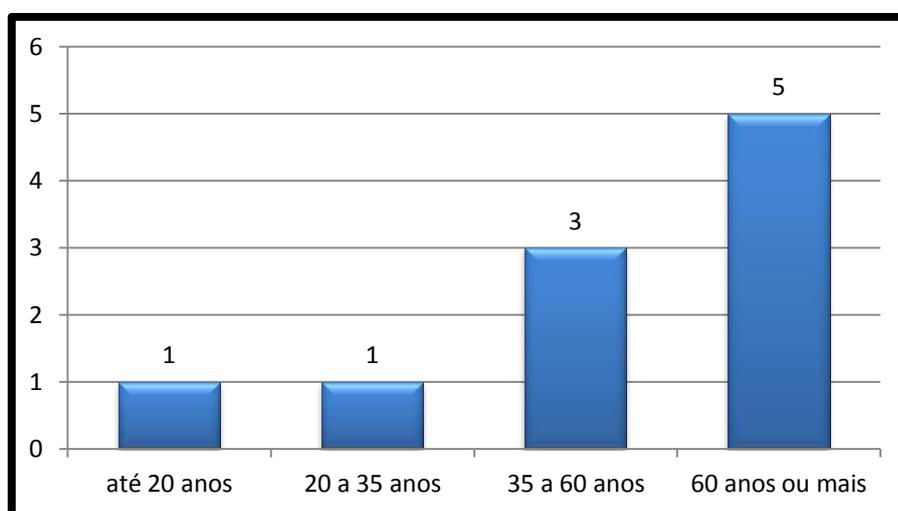
**Fonte:** Questionário aplicado/ Juína, ano 2014.

Após apresentado as características de cada sujeito envolvido, aponta-se a seguir os dados sobre o período do acompanhamento dos pacientes durante a manifestação da doença e as fases do tratamento.

### 4.3 Com relação à manifestação da doença

No segundo eixo do questionário as questões foram estabelecidas para obter informações sobre o paciente no sentido de verificar as informações em relação à manifestação da doença e os procedimentos adotados. Nesse sentido, a primeira pergunta dizia respeito à faixa etária do paciente ao manifestar a doença, a síntese das respostas são apresentadas no gráfico 1.

**Gráfico 1 - Idade do paciente**



Fonte: questionário aplicado/Juína, 2014.

Ao observar os dados apresentados, percebe-se que no universo do estudo, a doença tem atingido em maior parte a população mais idosa, cinco dos Cuidadores acompanharam pessoas com mais de 60 anos, três, acompanham paciente da faixa etária entre 35 a 60 anos, porém, a amostra apresenta que o câncer tem atingido também a população jovem, mesmo se apresentando em menor escala os índices de manifestação confirmam os dados do INCA (2010) que a doença tem atingido a população de todas as idades.

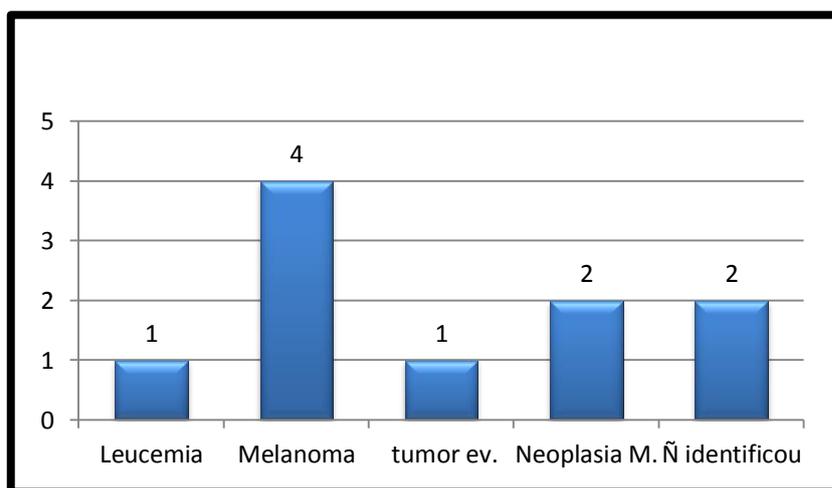
**Na sequência, foi perguntado aos Cuidadores, quais foram os principais sintomas apresentados na manifestação da doença.**

De modo geral, independente do tipo de Câncer os sintomas afetaram os órgãos nas diferentes fisiologias. Entre eles, destacou-se: febre, caroço nos diferentes órgãos, alguns com suspeita de cisto, diarreia, tosse, infecção no sangue e urina, dores nos locais afetados, palidez, entre outros. Em relação, a esses

sintomas Younes (2001) já colocava sobre a necessidade de observar os sinais de alerta expresso pelo organismo, apesar de não existirem os sintomas específicos do câncer. Segundo o autor, outro ponto fundamental a ser observado é o sistema de defesa do organismo, pois alguns tipos de cânceres afetam diretamente o sistema imunológico, como a leucemia ou tumores que invadem de forma agressiva a medula óssea, produtora dos glóbulos brancos responsáveis pela nossa defesa.

Buscando compreender mais sobre a doença e suas características, **perguntou-se ao Cuidador se após o diagnóstico foi especificado o tipo do Câncer do paciente.** Na maior parte foi destacado que sim, citado dentre elas os seguintes tipos abaixo:

**Gráfico 2 - Tipo e câncer**

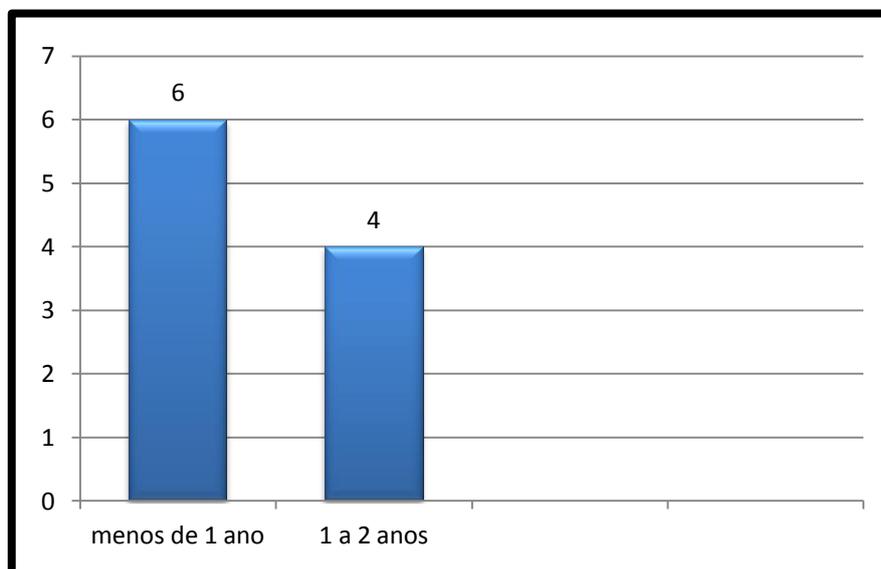


Fonte: questionário aplicado/Juína, 2014

Vale ressaltar que dois casos de melanomas apresentados não são simplesmente o tipo que afeta a pele, nos casos especificados, segundo os médicos que acompanharam o paciente, trata-se de um dos melanomas mais agressivos e nesses casos a morte é uma consequência rápida. Esses dados confirmam a ideia de Younes (2001) ao abordar a necessidade do atendimento psicológico ao paciente, aos familiares e principalmente ao Cuidador, pois o impacto do diagnóstico e as fases do tratamento desencadeiam uma gigantesca pressão emocional nos envolvidos. Afirma ainda que, as reações individuais variam, mas a maioria adapta-se à nova situação. Alguns, no entanto, necessitam de apoio psicológico para enfrentar a doença e o tratamento.

A seguir foi questionado quanto tempo levou para “fechar” o diagnóstico.

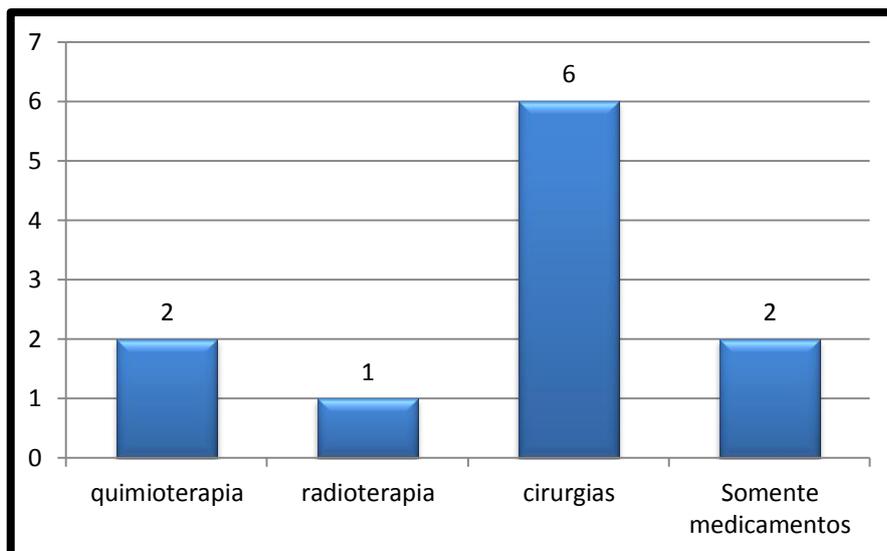
**Gráfico 3 - Tempo para fechar o diagnóstico**



Fonte: questionário respondido/Juína, 2014.

Dos dados apresentados na amostra, em seis casos, foram possíveis fecharem os diagnósticos em menos de um ano, variando esse tempo de acordo com os sintomas apresentados pelos pacientes, apenas quatro casos envolvidos, houve a confirmação com maior precisão após um ano de análise e investigação. Em relação aos diagnósticos, percebe-se que cada indivíduo apresenta suas singularidades e sintomas diferenciados, fatores que no caso do câncer necessitam de análises específicas para confirmação da doença, sendo que os resultados finais dependem de diferentes exames que nem sempre são possíveis de serem feitos de imediato. No caso de exames realizados pelo SUS (Sistema Único de Saúde), o período gasto na fila de espera é maior. Em algumas situações a família se vê obrigada a fazê-los em laboratórios particulares na tentativa de ganhar tempo na corrida contra a doença.

Na sequência foi perguntado ao Cuidador sobre quais foram os procedimentos realizados após o diagnóstico, tendo então as seguintes respostas.

**Gráfico 4 - Procedimentos realizados após o diagnóstico**

Fonte: questionário respondido/Juína, 2014.

Um dos procedimentos realizados após o diagnóstico, na maioria dos casos foi a cirurgia para a retirada de tumores. Por se tratar de câncer, a retirada do tumor é uma das tentativas de eliminar o problema. Em dois casos, o procedimento imediato, paralelo à cirurgia foi a quimioterapia, dois casos com radioterapia e outros dois apenas com medicamentos. Contrapondo essa situação uma das pacientes que apresentava um caroço na região lombar, não aceitou fazer a cirurgia para retirada do mesmo. Relata a Cuidadora H, *“ela não fez a cirurgia porque não sentia nada, porém o caroço foi aumentando com o passar dos anos”*. Ao ser diagnosticada, com neoplasia maligna, no pâncreas, veio a óbito em menos de três meses, sem tempo para realizar os procedimentos necessários para combater a doença, ou seja, a quimioterapia e a radioterapia.

Um dos procedimentos realizados para combater as células cancerígenas tem sido a quimioterapia. Segundo os médicos, a aplicação de quimioterapia contribui na eliminação das células na corrente sanguínea e nos demais órgãos evitando a metástase. Para Younes (2001), *“a quimioterapia, é, ainda hoje, o único método capaz de tratar as células cancerosas onde quer que elas estejam, principalmente quando já ocorreram a metástases”*.

Sabemos que esses procedimentos, mesmo sendo necessários, na maioria das vezes são dolorosos e invasivos, principalmente a quimioterapia, pois seus efeitos são prejudiciais ao organismo porque destrói também as células saudáveis.

Para Younes (2001, p.56), a quimioterapia é, ainda hoje, o único método capaz de tratar as células cancerosas onde quer que elas estejam, principalmente quando já ocorreram metástases. Mesmo sendo um método usado para diminuir a velocidade do crescimento do câncer, prevenir que ele se dissemine aliviar alguns sintomas causados pelo tumor ou eliminar todas as células cancerosas do corpo, em função de apresentar algumas características farmacológicas, elas agem em todas as células (tumoriais ou normais), principalmente em órgãos com taxas de renovação rápida, assim, a toxicidade da quimioterapia bloqueia a divisão celular de alguns tecidos.

O autor coloca ainda que, os agentes quimioterápicos que provocam os efeitos adversos da quimioterapia dependem principalmente das drogas recebidas pelo paciente e variam de pessoa para pessoa. Ao serem aplicados, esses agentes atuam nas células sanguíneas, com funções de combater infecções (leucócitos), auxiliar na coagulação do sangue (plaquetas) e transportar oxigênio para outras partes do corpo (hemácias). Quando os leucócitos são afetados pelas drogas anticânceres, os pacientes tornam-se mais susceptíveis a infecções, assim, podem apresentar hematomas ou sangramentos com maior facilidade, caso as plaquetas tenham sido atingidas. Em algumas situações pode ainda apresentar anemia pelo comprometimento das hemácias, cujos sintomas são menos energia e disposição do organismo.

As células que revestem o aparelho digestivo também se dividem rapidamente, nesse caso os efeitos adversos são perda do apetite, náusea e vômitos ou ulcerações na boca. Geralmente, esses efeitos desaparecem durante o período de recuperação ou após a suspensão do tratamento. Outra reação que causa impacto principalmente nas mulheres é a perda do cabelo (alopecia), nesse caso, as células dos folículos pilosos também apresentam divisão rápida provocando a queda, em algumas mulheres essa situação é bastante constrangedora, afeta o seu ego e abala sua auto estima.

Como último tópico sobre a manifestação da doença, **foi questionado se houve dificuldades para realizar a prescrição médica e quais?**

Nesse caso, percebeu-se que faltou entendimento em relação à pergunta, pois alguns relataram as dificuldades enfrentadas no período de tratamento ou questões como o valor dos medicamentos, entre elas foi destacado o número de

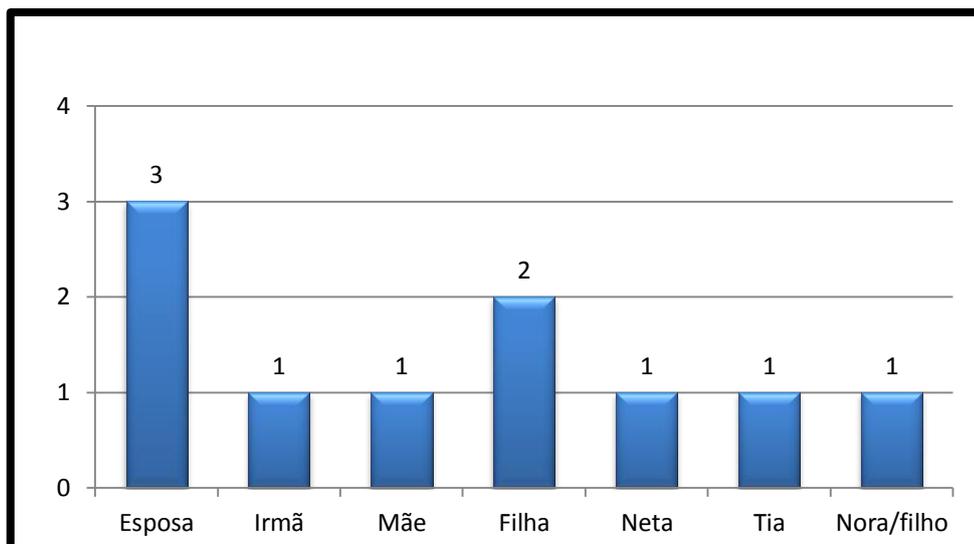
viagens para Cuiabá e o desconforto durante as viagens, a estadia na casa de apoio, demora em conseguir os exames, a dificuldade financeira, entre outros.

No relato dos sujeitos que compreenderam a questão foram evidenciadas as seguintes situações: Cuidadora B *“demorou em ser diagnosticado, pois havia suspeita de leucemia, não tinha explicação para a febre, no PSF, suspeitaram Tuberculose, mas os exames não comprovaram”, ou ainda, “o médico não deu muita atenção, principalmente no particular, chegou a pedir os exames, mas não deu muita atenção para o resultado” (Cuidadora F).*

Outra dificuldade apresentada foi à falta de informação para a família no momento do primeiro diagnóstico ou suspeita da doença pelos médicos do município. Nesse sentido, a Cuidadora B, descreve, *“Eles não queriam falar o que ele tinha, mais eu já desconfiava”*. Essa falta de informação representa para os Cuidadores um descaso por parte dos médicos locais com a família, porém, de acordo com o Código de Ética Médico, o diagnóstico final de cada doença só pode ser fornecido pelo médico especialista da área, principalmente no caso do câncer, fator que não é compreendido pela família diante da angústia e incerteza provocada pela espera.

#### **4.4 Com relação ao Acompanhamento**

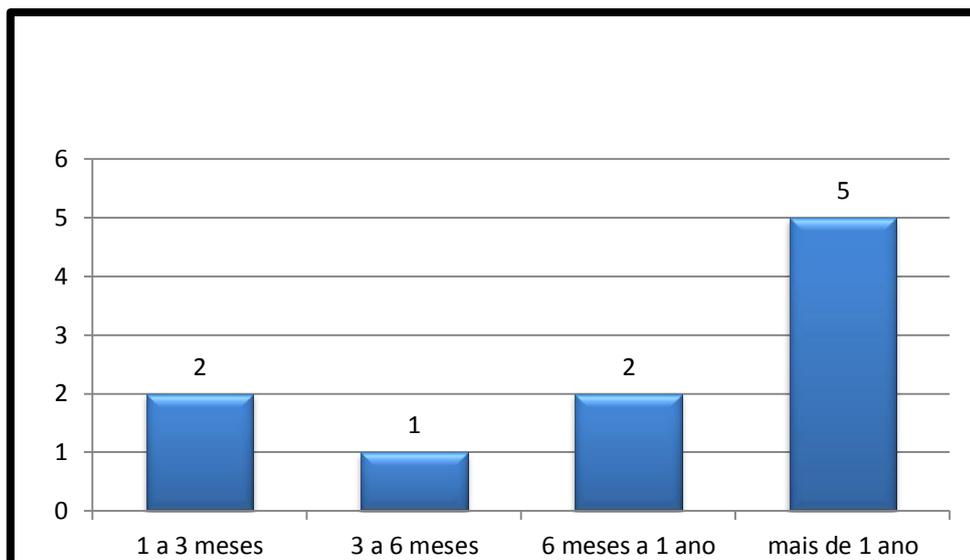
O terceiro eixo da pesquisa traz como foco as vivências do Cuidador durante o processo de tratamento, uma vez que a ação do cuidar provoca desgaste físico, psíquico e emocional, necessitando também de cuidados. Assim como primeira questão perguntou-se ao Cuidador **qual o seu Grau de parentesco em relação ao paciente?**

**Gráfico 5 - Distribuição em relação ao grau de parentesco**

**Fonte:** questionário respondido/Juína, 2014.

E relação ao grau de parentesco, há uma variação no acompanhamento, diferentes membros da família exercem esse papel levando em conta a afinidade em relação ao paciente e a disponibilidade de tempo para tal atividade, porém há uma expressividade maior de acompanhamento pelas esposas que já são acompanhantes naturais na vida conjugal. Nas demais situações, fica explícito novamente o papel da mulher enquanto Cuidadora oficial.

Outro fator importante para compreender a real situação do Cuidador foi verificar o tempo de acompanhamento destinado ao paciente e se houve revezamento ou ainda se o mesmo recebeu algum tipo de ajuda no sentido de cuidar do seu enfermo, nesse período, obtendo sucessivamente as seguintes respostas:

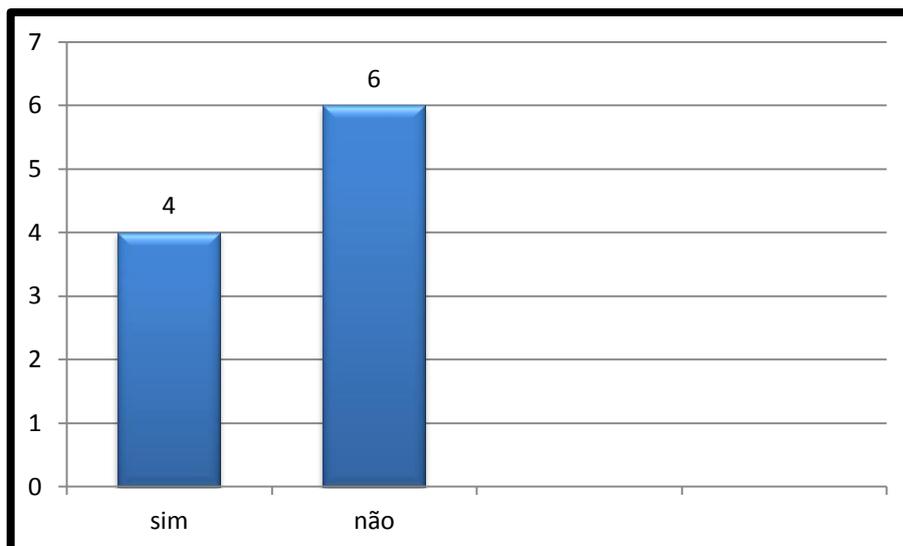
**Gráfico 6 - Distribuição em relação ao tempo de acompanhamento**

**Fonte:** questionário respondido/Juína, 2014.

Em relação ao tempo destinado para cuidar da pessoa com câncer, ficou explícito que na maioria dos casos, o tratamento e, conseqüentemente, o processo de cuidar transcorre por um tempo prolongado passando por diferentes fases, fator que provoca um desgaste físico, emocional e psíquico por parte do cuidador. É unânime o relato que esse período é muito doloroso e de muito sofrimento, exige uma dedicação exclusiva no sentido de procurar minimizar o sofrimento do paciente. A Cuidadora G referiu-se a esse período através do seguinte relato: *“Fiquei tão desgastada emocionalmente que tive crise de labirintite e hipertensão e ainda hoje tomo medicamento controlado, minha tireoide desregulou”*.

Leonardo Boff (2003, p.31) define a expressão cuidar como “algo exigente e que pode levar o cuidador ao estresse, especialmente se o cuidado constitui como deve ser não um ato esporádico, mas uma atitude permanente e consciente”. Somos limitados, sujeitos ao cansaço e a vivência de pequenos cansaços e decepções. Sentimo-nos sós. Precisamos ser cuidados, caso contrário, nossa vontade de cuidar se enfraquece, afirma o autor.

Na sequência, perguntou-se ao Cuidador **se durante o período de acompanhamento ou revezamento ou ajuda de outra pessoa no processo de cuidar.**

**Gráfico 7 - Distribuição em relação ao revezamento ou ajuda**

Fonte: questionário respondido/Juína, 2014.

No que tange ao revezamento dos Cuidadores, os relatos são semelhantes, na maior parte do tempo, apenas uma pessoa da família recebe a tarefa do cuidar, principalmente no tratamento fora domicílio. Os casos de revezamento ou processo ocorrem principalmente quando existe necessidade de internamento no hospital local.

Sendo o câncer uma doença que abala o emocional do indivíduo e de seus familiares perguntou-se então ao cuidador: **Quais foram às reações e sentimentos ao receber o diagnóstico?**

Percebe-se nessa questão, as diferentes reações uma vez que cada pessoa tem sua singularidade e subjetividade diferenciada. Segue assim as respostas:

---

**Cuidador A:** “muita esperança que o tratamento ia dar tudo certo”.

**Cuidador B:** “Estranha, me senti só, desamparada, em desespero, paralisada igual em um acidente que agente não sabe o que fazer e nem consegue pegar a placa”... (pausa na fala, seguido de choro).

**Cuidador C:** “Preocupação, pois a mãe já tinha falecido dessa doença, com muitas dores. Medo do tumor se apresentar em outro órgão. De estourar pra fora, preocupação com a cirurgia”

---

**Cuidador D:** “Preocupação, por saber que era uma doença que não tinha cura. Não me apavorei porque vi que não tinha jeito” (cuidador masculino).

**Cuidador E:** “senti a mão gelada, chateada, um sentimento que não sei explicar e preocupada com a situação”

**Cuidador F:** “sentimento de perda, de dor, desestrutura, sem saber como conduzir e o que fazer por ser uma pessoa tão humilde”

**Cuidador G:** “tristeza, preocupação, ficamos abalados porque nunca houve nenhum caso na família, pela idade e por apresentar problemas de saúde (hipertensa e diabética) que não permitia realizar os procedimentos”.

**Cuidador H:** “normal, não podemos escolher o que Deus manda” (Cuidadora evangélica).

**Cuidador I:** “como se o mundo tivesse desabado, não acreditava que uma pessoa tão jovem e com um futuro pela frente ia passar por isso, pessoa amorosa, carinhosa, guerreira, que nunca desistiu do seu sonho”

**Cuidador J:** “Desespero, sentimento de injustiça, sempre quis morar em uma casa melhor, mas a situação financeira não permitia, quando foi possível ela não pode aproveitar”

---

Como observamos, as reações diferenciam de indivíduo para indivíduo. O impacto do diagnóstico desencadeia sentimentos de preocupação, dor, desânimo diante da situação, pois o câncer, mais que outras doenças, e horror às pessoas devido seus danos e seu estigma social de associação à morte. Seus efeitos físicos, psicológicos e emocionais são devastadores, causando desorganização na vida dos que são diretamente atingidos por ele, seja para o próprio paciente seja para a própria família (LESHAN, 1920 *apud* MATOS, 2002).

É uma doença considerada um dos males que atinge a pessoa em toda sua dimensão desencadeando drásticas consequências físicas e psíquicas que leva a pessoa ao estado de vulnerabilidade. Em pouquíssimos casos, a doença é vista como algo normal, talvez pela forte crença religiosa, uma vez que em pleno século

XXI, ainda temos religiões que atribuem os acontecimentos, principalmente os sofrimentos à vontade de Deus.

Nessa análise foi solicitado aos cuidadores que **relatassem suas dificuldades e angústias vivenciadas nesse percurso**, entre as descritas pelos Cuidadores, destacamos aqui as mais relevantes:

Em relação às angústias

---

**Cuidadora A:** “No início do tratamento tive muita esperança”

**Cuidadora G e J:** “Tristeza, desespero, mas sem perder a fé em Deus”

**Cuidadora B:** “Desanimo, desespero, muito sofrimento, parece que agente perde a fé”; “Fiquei tão revoltada que colocamos um vídeo na internet pedindo ajuda”

**Cuidadora F:** “Entrega com humildade”; “Momento de participação da família”; “Coragem para lutar”

**Cuidadora J:** “Sentimento de injustiça”

---

### Relato em relação às dificuldades

---

**Cuidadores A, G, J:** Questão financeira (3)

**Cuidadores: A, D, E:** Ficar separado de quarto na Casa de Apoio, principalmente no período que o Paciente estava bastante debilitado (3)

**Cuidadoras A, E:** As frequentes viagens para Cuiabá (2)

---

**Cuidadora C:** Ser enviado pra Cuiabá sem encaminhamento

**Cuidadora A:** Desconforto das poltronas do ônibus para quem não está bem

**Cuidadora F:** Demora em conseguir os exames pelo SUS

**Cuidadora I:** Alto custo de alguns medicamentos (Imunoterapia - precisou entrar na justiça)

**Cuidadora B:** Muito tempo nos hospitais

**Cuidadora J:** Falta de apoio dos próprios familiares

---

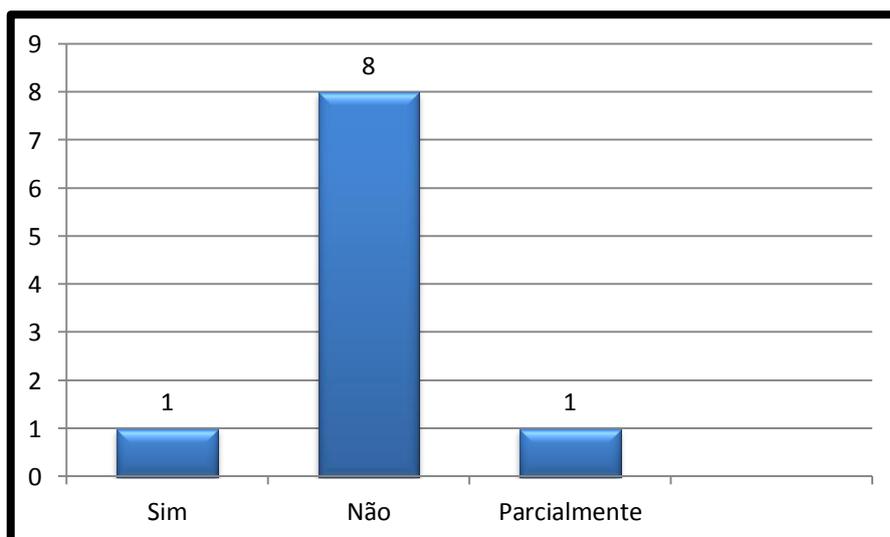
O momento de vulnerabilidade de um ente querido torna-se para o cuidador um processo muito doloroso, uma vez que o mesmo vivencia todos os passos desse processo, sentindo-se muitas vezes impotente diante das dores e sofrimentos provocados pela doença e pelo processo de hospitalização. Na discussão de Veroneze (2011), o espaço do hospital é cercado de mitos e fantasias relacionados ao sofrimento e a morte, fator que dificulta ainda mais a situação do Cuidador.

Diante desses fatores, Oliveira, aborda a importância do Cuidar como forma de ajuda ao doente. A autora ressalta que:

A relação de ajuda destinada a pessoa que necessita visa amenizar e solucionar sintomatologias que estejam dificultando ou obstruindo a boa qualidade de vida do ser humano, trata-se de um relacionamento de cuidado, pois o cuidado abrange as diversas dimensões do viver humano e seus aspectos, bio-orgânicos, emocionais espirituais, existenciais, ecológico-ambientais entre outros (OLIVEIRA 2013.p.22).

Considerando a dimensão do cuidar como ponto fundamental para as pessoas que estão vulneráveis diante do sofrimento físico e psíquico e a relevância do atendimento psicológico ao Cuidador no período e fases do tratamento/acompanhamento, foi perguntado Cuidadores se **houve acompanhamento psicológico durante esse percurso?**

**Gráfico 8 - Atendimento psicológico**



Fonte: questionário respondido/Juína, 2014.

Infelizmente esse tipo de atendimento ainda não faz parte da Política de Saúde do SUS. Da amostra de dez sujeitos, oito não receberam nenhum tipo de acompanhamento, ficando bem evidente nas palavras de uma das Cuidadoras:

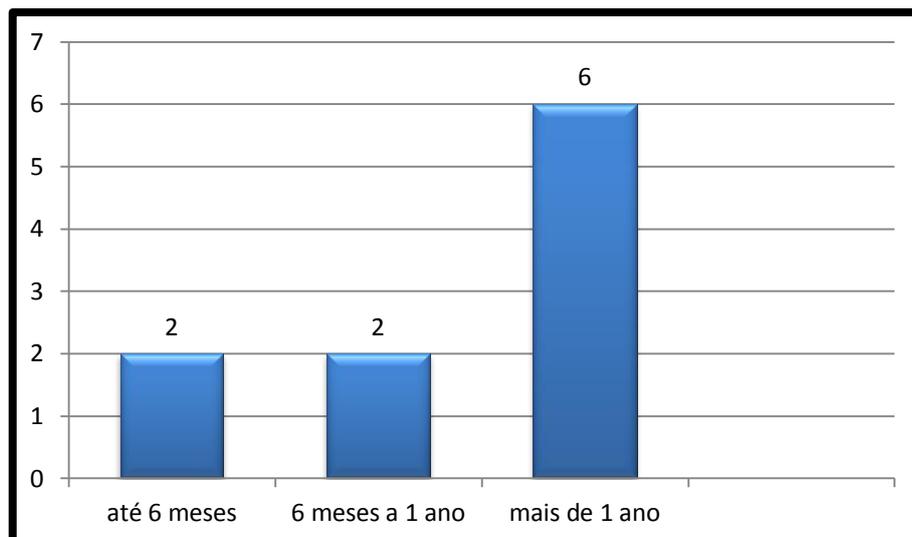
“Quando meu esposo faleceu, o médico percebeu que eu estava precisando de um psicólogo, fui enviada para o CAPS e aguardo a consulta até hoje Essa é a saúde do Brasil. Estou bem, o tempo cura as nossas dores, é só confiar em Deus” (CUIDADORA A, 2 ANOS DO FALECIMENTO).

Nos demais relatos percebem-se que em alguns casos o contato com o profissional de psicologia ocorreu apenas no sentido de orientar o paciente em casos de procedimentos mais sofisticado, como o momento de preparar para a quimioterapia ou encaminhamento para UTI, sendo que na maior parte esse atendimento foi direcionado ao paciente e não ao Cuidador. Em um dos casos a situação diverge num aspecto, pois quando a paciente fez tratamento fora domicílio (Paraná), ambas, paciente e Cuidadora, receberam atendimento psicológico.

Sabemos que o tratamento do câncer é bastante rigoroso e exige do paciente e de seu Cuidador um controle emocional frente à divergência de reações e impacto no próprio organismo. Compreender e saber superar cada fase exige paciência, determinação e muita força de vontade. Para Younes (2001) o estado psicológico da pessoa, influencia, à vezes de forma dramática no funcionamento de seu corpo, gerando estresse, tensão, ansiedade crônica e em alguns casos a depressão, por todos esses fatores que é possível afirmar a necessidade do acompanhamento psicológico a esses sujeitos.

#### **4.5 Com relação ao período de tratamento**

Na última parte da pesquisa, buscou-se entender o processo de tratamento e os procedimentos realizados em cada fase. Para tal compreensão, perguntou-se ao Cuidador **sobre quanto tempo durou o tratamento.**

**Gráfico 9 - Distribuição em relação ao tempo do tratamento**

Fonte: questionário aplicado/ Juína, 2014.

De acordo com as respostas, percebemos que existe uma variação no tempo de acompanhamento em função do tipo de câncer, da idade do paciente e da demanda enfrentada nas filas do SUS, fator que aumenta ainda mais a ansiedade e o medo, obrigando muitas vezes a família buscar recursos além de suas possibilidades econômicas na tentativa de salvar a vida de seu ente querido. Em caso de tratamento prolongado fica evidente que o ritmo de vida é totalmente alterado tanto para o paciente como para seu cuidador.

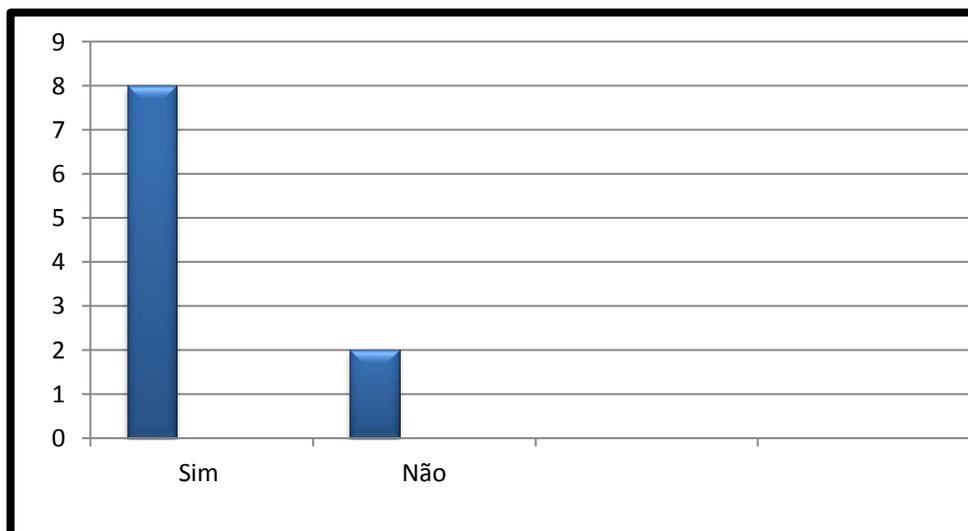
Para melhor compreensão desse processo perguntou-se também ao Cuidador quais os procedimentos foram realizados durante o tratamento e o total de vezes realizado principalmente em caso de tratamento prolongado. As consultas e os exames foram confirmados por todos os sujeitos, uma vez que a confirmação do diagnóstico depende dos exames realizados, principalmente exames específicos como tomografias, ultrassonografias, ressonância magnética entre outros. Os demais procedimentos entre a amostra apresentada tiveram: seis pacientes que realizaram quimioterapia, seis passaram por cirurgias, dois receberam aplicação de radioterapia e em apenas um dos casos foi realizado a aplicação de imunoterapia.

Essa variação no tratamento corresponde aos diferentes tipos de câncer e seus estágios de evolução. Dependendo do tipo de câncer e o grau de desenvolvimento no organismo do paciente, os procedimentos são realizados em um curto espaço de tempo na tentativa de inibi-lo ou mesmo eliminá-lo. Consultas e

exames são procedimentos obrigatórios em todos os casos. Os demais procedimentos variam de acordo com a necessidade de tratamento estabelecida pelos médicos especialistas que acompanham o paciente.

Em seguida foi perguntado se **precisou realizar o deslocamento para outro município? Quantas vezes?**

**Gráfico 10 - Procedimentos realizados**



Fonte: questionário aplicado/Juína, 2014.

Em função do Município ainda não contar com as diferentes especialidades, principalmente oncológicas, ao suspeitar da evidência do câncer e detectar os primeiros indícios através de alguns exames como ultrassonografias e tomografias, os pacientes são encaminhados via Secretaria Municipal de Saúde/Central de Regulação para tratamento fora domicílio. A maior parte dos casos é enviada para o Hospital do Câncer ou Santa Casa de Cuiabá. Em alguns casos específicos para Barretos ou outra região de acordo com a necessidade.

Para finalizar as questões sobre o período de tratamento, foi pedido ao Cuidador para **relatar as principais dificuldades encontradas nesse percurso em relação ao tratamento de seu paciente**, destacando sucessivamente as seguintes respostas:

- As muitas viagens feitas de ônibus são muito desgastantes e desconfortáveis para o paciente (Cuidadora D);

- Pagar a casa de apoio, pois na outra não permitiam o acompanhante ficar no mesmo quarto e ele necessitava minha presença o tempo todo (Cuidadora A);
- Falta de atenção do médico nos momentos (fase) do tratamento e explicação para a família sobre a doença (Cuidadora B);
- Dificuldade para dar sequência no tratamento de um estado para outro; falta de medicamento no estado, pois era uma substância importada (Cuidadora J);
- Não fomos avisados (família) da cirurgia por ter sido às pressas; Chegar ao Hospital do Câncer sem o agendamento do Município (Cuidadora C);
- Pessoas que vão fazer à visita com idéias e assuntos negativos, só piora a situação (Cuidadora E);
- Preconceito em relação à doença, talvez por falta de informação (resistência/afastamento da própria família) (Cuidadora J);
- Demora em conseguir a vaga (Cuidadora F);

As dificuldades expressas de forma efetiva pela família se resumem nas palavras de uma Cuidadora “*ser acompanhante não é fácil, soufrir o paciente e sofrer a gente, é muito difícil ver uma pessoa querida sofrendo e não poder fazer nada, a não ser entregar a Deus. Após sua morte soufrir muito*” (Cuidadora A). Em relação ao preconceito e a resistência até mesmo de membros da família, aqui se confirma as palavras de Leshan (1992), “nenhuma doença provoca tanto medo e horror às pessoas quanto o câncer, devido seus danos e seu estigma social de associação à morte”.

Em relação ao tratamento foi perguntado também ao Cuidador se durante o período de acompanhamento, o mesmo buscou outros recursos ou realizou algum tratamento alternativo e se houve, quais foram os resultados. Diante das respostas apresentadas percebe-se que algumas pessoas em razão de não receberem o acompanhamento psicológico durante esse percurso, lançam mão de outras estratégias com forma de superação de suas angústias e sofrimentos. Recorrem a sua religiosidade através de sua fé, as terapias naturais ou qualquer recurso que minimize sua dor ou apresente alguma esperança para enfrentar esse momento doloroso.

A escuta dos Cuidadores durante a entrevista, reforça o entendimento de que processo de hospitalização gera angústia, dor, renúncia e a despersonalização do indivíduo, fatores que afetam profundamente sua subjetividade. Percebe-se que é

um período sobrecarregado de sentimentos e emoções, que atinge de maneira direta os sujeitos diretamente ligados ao paciente durante o processo de acompanhamento. Esse momento configura a necessidade de atenção e ações de intervenção junto a esses sujeitos, considerando que diante do sofrimento e de sua impotência frente à conjuntura, passam a camuflar ou reprimir os sentimentos e emoções, que conseqüentemente pode provocar seu próprio desequilíbrio, aumentando ainda seu estado de vulnerabilidade psicossocial, necessitando assim também de cuidados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto ciência, a Psicologia Hospitalar têm contribuído na ressignificação do sujeito frente à situação de sofrimento, atua como uma área de conhecimento que visa fornecer suporte no momento de desorganização de sua vida e de seus hábitos, provocadas pelas etapas da doença e pelo processo de hospitalização. Para o paciente, a Psicologia Hospitalar surge como uma possibilidade de resgate a identidade e a subjetividade, como uma chance de trazer a tona sua história e entender o seu adoecimento como uma etapa de sua vida e que necessita ser enfrentada.

Nesse contexto, a atuação efetivada do psicólogo hospitalar junto ao paciente e seus familiares são de fundamental importância. Nas atuais circunstâncias, deve exercer o papel de intérpretes das demandas do paciente, da família e da equipe profissional e atuar como facilitador do diálogo entre essa tríade (VIEIRA, 2004). Sua participação de forma efetiva contribui e auxilia para que os envolvidos saibam lidar com as emoções e o desconforto gerado pela hospitalização, uma vez que esse processo, afeta o indivíduo em seus diferentes aspectos: sociais, emocionais, psicológicos, espirituais e orgânicos.

O sofrimento é uma característica comum às pessoas acometidas de patologias. Em caso de hospitalização esse sofrimento ainda é maior, pois a internação gera desconforto, despersonaliza o indivíduo e altera seu ritmo de vida, fatores que em função da confirmação do diagnóstico e das etapas do tratamento pode desencadear diferentes sentimentos e angústias, principalmente em pacientes submetido a procedimentos dolorosos e invasivos, que o deixa frágil e vulnerável, como no caso de câncer.

Em relação a essa tão temida doença, a situação ainda é pior, pois a mesma traz consigo o estigma de limitação, dor, sofrimento e morte, seguido de medo do tratamento, por ser considerado difícil e apresentar efeitos agressivos que fragiliza ainda mais o sujeito. Essa somatória de fatores reflete diretamente na sua capacidade de autonomia e auto estima. De modo geral, o câncer apresenta uma conotação extremamente negativa, o impacto do diagnóstico, a confirmação da doença e a falta de informação sobre a mesma tornam-se uma sentença de morte e

afeta o paciente em todas as suas dimensões, deixa-o frágil e vulnerável e na maioria das vezes provoca o seu próprio isolamento.

Nesse processo de adoecimento surge a figura do cuidador, pessoa que atua diretamente com o doente acompanhando-o nas diferentes fases do tratamento. Diante da vulnerabilidade do paciente e da necessidade de oferecer cuidados, percebe-se que o ato de cuidar transforma-se num momento de entrega, de doação, de viver em função do seu doente, assim o Cuidador passa a não ter vida própria, vive em função dos resultados de cada fase, perde suas características próprias, sua autonomia.

Ao realizar a entrevista com Cuidadores do município de Juína/MT, pessoas que vivenciaram a experiência de cuidar de um paciente com câncer, ficam evidentes que, diante da manifestação da doença e do sofrimento enfrentado pelo seu paciente, o ato de cuidar passa a ser prioridade, um momento de entrega total. Seu tempo é destinado exclusivamente ao enfermo, gerando uma sobrecarga de atividades e emoções que afetam sua integridade física, emocional, psíquica, social e até econômica. Diante dos fatos, deixam seu trabalho, suas atividades e até mesmo outros membros da família. Seus interesses e problemas passam a ser secundários. Dados revelaram que o sofrimento decorrente dessa sobrecarga afeta diretamente a vida desse sujeito, altera de forma significativa sua rotina e desencadeia sentimentos como medo, angústia, desespero, impotência e fragilidade.

O impacto do diagnóstico, a busca incessante pelo tratamento, que às vezes tem tempo prolongado em função da grande demanda do SUS (Sistema Único de Saúde) e a expectativa de resultado positivo ao final de cada etapa, afeta o cuidador em todas as suas dimensões. Ao relatar suas experiências, a grande maioria manifestou que após esse período de acompanhamento sofreu alterações físicas e psíquicas em decorrência do estado emocional, seguido da ruptura na rotina e dificuldades financeiras.

Frente a essa realidade, verifica-se que o atendimento psicológico a esses Cuidadores é de intensa necessidade, uma vez que é um momento de extrema fragilidade. Aqui a pesquisa revela a precariedade de Políticas Públicas no sentido do acompanhamento psicológico a esses Cuidadores, principalmente em algumas regiões do Estado de Mato Grosso. Dos entrevistados, a maioria não recebeu esse

atendimento no setor público, com exceção de um caso, que teve parte do tratamento realizado em outro estado, onde já existe esse acompanhamento inserido nas Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro elemento que ficou destacado nessa pesquisa foi à importância da escuta psicológica, pois cada sujeito revelou a necessidade de partilhar suas angústias e sofrimentos. Durante as entrevistas foi notória a urgência que os mesmos têm de se expressar. Nas respostas apresentadas, cada um a seu modo deixa claro a necessidade a vontade de falar do problema vivenciado. Assim, na maioria das entrevistas, por diversas vezes repetem sua história detalhando os fatos. Memoriza com evidência as dores e sofrimentos do paciente, porém um fator que chama atenção é o esquecimento ou inibição de suas próprias dores. Ao serem questionados sobre seus sentimentos e angústias, sempre desviam o assunto retomando cada fase vivenciada, em que tudo gira em função de atender seu ente querido. Na busca pelo alívio do sofrimento do outro, em poucos momentos pensa em si mesmo.

São os elementos acima citados que deixam evidentes nessa pesquisa, a necessidade da acolhida e a importância da escuta a esses Cuidadores, tendo em vista que no período de cuidado/acompanhamento, o tempo e atenção são exclusivos para o doente. Essas evidências possibilitam afirmar a necessidade do acompanhamento psicológico a esse sujeito, pois tudo o que ficou reprimido durante muito tempo, após o um período se manifesta de diferentes formas. Seus sentimentos vêm à tona com expressão de dor, angústia, manifestações orgânicas e psíquicas, e em alguns casos acompanhado da satisfação pelo dever cumprido.

Com base na realidade da política de Saúde do Brasil e a necessidade do acompanhamento aos Cuidadores durante o processo de doença, principalmente no período de hospitalização é que vem sendo dados os primeiros passos no sentido de plantar a semente do acompanhamento psicológico às pessoas hospitalizadas no Hospital Municipal do Município de Juína/MT Grosso. As atividades desenvolvidas pelos acadêmicos estagiários do Curso de Psicologia do Instituto de Educação e Ensino Superior (AJES) têm proporcionado às pessoas hospitalizadas, momentos de acolhida, atenção e escuta, atividades que com o passar do tempo devem ser ampliadas em função de sua importância e extrema necessidade para a promoção da saúde e qualidade de vida dos enfermos.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, M. T. C. **Vivenciando o câncer com arte**. IN: Introdução à Psicologia. CARVALHO, M. M. J. (Coord.). Introdução à Psicologia. São Paulo: Psy II, p. 121-139, 1994.

ARAÚJO, J.A.; LEITÃO. E.M.P. **O cuidador do paciente em cuidados paliativos: sobrecarga e desafios**. Revista: Hospital Universitário Pedro Ernesto. Vol.11, Nº2, abr/jun, 2012. Disponível em: <[http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=330](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=330)> Acesso em: 13 de Abr. de 2014.

ANGERAMI- CAMON, V. A.; NICOLETTI, E. A.; CHIATTONE, H. B. C. **O doente, a psicologia e o hospital**. Augusto Angerami (org.) 3. ed. São Paulo: Pioneira, 1996

ANGERAMI-Camon; VALDEMAR A. **Tendências em psicologia hospitalar**: São Paulo: Pioneira ThomsonLearning, 2004.

BARBOSA, A. **Câncer direito e Cidadania**. 14ª edição, ed. Atlas, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Acesso em 25 de Abr. de 2014.

BATISTA M. **Humanização**: um olhar profissional cuidando do cuidador. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/70963/#ixzz2ixku3aYg>> 07/2011. Acesso em: 27 de Out. de 2013.

BAZON. F.V.M. **A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências**. Psicol. teor.prat. v.6 n.2. São Paulo dez. 2004. Disponível em: <script=sci\_arttextPsicologia> Acesso em: 11 e Nov. de 2013.

BENETTON, L. G. **Psicologia em Saúde**: a relação profissional/ paciente. 2ª ed. São Paulo, 2002.

BITTAR, E. C. B. **Metodologia da Pesquisa Jurídica**: teoria e prática da monografia para os cursos de direito. 4 ed. São Paulo: Saraiva.

BOFF, L. **Ética e eco-espiritualidade**. Campinas: Versus, 2003.

\_\_\_\_\_. **Saber Cuidar: Ética do Humano**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOTTINOS. M.B; *et al.* **Depressão e Câncer**. Revista de Psiquiatria Clínica. 2009; 36(3):109-15. Disponível em: <[www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol36/s3](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol36/s3)> Acesso em 18 de Out. de 2014.

CAIR, Dr. N. **Guia de Medicina Homeopática**. 21ª edição, São Paulo: Circulo do Livro S.A. 1991.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar: N/ Terezinha Calil Padis Campo**. São Paulo: EPU, 1995.

CHIATTONE. H. B. de C. **Prática Hospitalar**. N08, 2003, São Paulo. Anais... São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde e Hospitalar, 2003, p. 20 – 32. Acesso em: 02 de Nov. de 2013.

CLARET, M. **O que você deve saber sobre o câncer**. Coleção Saúde e Sabedoria. Nova enciclopedia Barsa, vol.3 São Paulo, 1997.

COELHO, F. R. G. **CÂNCER: Manual de Orientações para Pacientes e Interessados**. 2ª edição, São Paulo: Robel editora, 2000.

CREPOP: **Como a Psicologia pode contribuir para os avanços do SUS**. Brasília-DF. Gestão 2011-2013

DEITOS T.F.H.; GASPARY J.F.P. **Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o pacientes e familiares**. Disponível em: <[www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br)> Acesso em: 23 de Jul. de 2013.

FIGUEIREDO, M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. Editora Difusão, 2004.

FILGUEIRAS, M.S.T. et al. **Psicologia Hospitalar e da Saúde: N. 2 ed.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986.

GONZE, G. G. A busca da integralidade: uma ilustração à luz da psicanálise. In: FILGUEIRAS, Maria Stela Tavares; et al. **Psicologia Hospitalar e da Saúde: consolidando práticas e saberes na Residência**. ed. 2ª Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011.

GUTIERRES, M.et al. **Aspectos da sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer: N** vol.9 N..1 São Paulo, jan. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092011000100003&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092011000100003&script=sci_arttext)> Acesso em: 13 e Out. de 2013.

INOCENTTI A. et al **Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos** Revista Eletrônica de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a11.htm>>Acesso em: 13 de Out. 2013.

ISTOÉ: **Guia de Saúde Familiar Câncer**. Supervisão Medica do Hospital Israelita Albert Einstein. Edição especial, Três S.A, São Paulo, 2001.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1986.

MAIA, S. A. F. **Câncer e morte. N**. Trabalho apresentado como Conclusão do Curso de Especialização em Psicologia, Hospital Erasto Gaertner, Curitiba – PR: CURITIBA-MAIO 2005.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento, e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados**. 7ed. São Paulo, Atlas, 2010.

MATOS, J. S. **A influência das reações emocionais de familiares na recuperação de pacientes com câncer**. Disponível em: <<http://www.urbooklibrary.com/signup?prod=101&ref=4975711>>. Acesso em: 14 de mar. de 2014.

MINAYO, Maria Cecília (org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. Petrópolis - RJ: Vozes, 1997.

NAIM, Y.R. **O Câncer**, São Paulo: Publifolha, 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **O Câncer e seus Fatores de Risco.** Doenças que a educação pode evitar. Rio de Janeiro- MS/INCA.

OLIVER, L. de. **Distúrbios Familiares.** Rio de Janeiro: Wak ed.2006.

OLIVEIRA, R.M.K. de. **Pra não perder a alma:** o cuidado aos cuidadores. São Leopoldo: Sinodal, 2012.

REVISTA VEJA. **Dia Mundial do Câncer.** 1,5 milhão de mortes prematuras por câncer poderiam ser evitadas todos os anos. 04/02/2013

Revista Rede Câncer. **Boletim informativo sobre o Câncer.** INCA- INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. Ministério da Saúde.

Revista da SBPH. **O papel do Psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer.** Vol. 14-Rio de Janeiro, dez.2011.

REZENDE, V. L. *et al.* **Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo *General Comfort Questionnaire*** Paidéia, Ribeirão Preto, vol.20, N.46 May/Aug. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n46/09.pdf>> Acesso em: 13 de Out. de 2013.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer.** 9ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

SILVA, A.P. O; PORTUGAL F.T. **A Psicologia (no contexto) Hospitalar segundo o Conselho Federal de Psicologia e a literatura atual.** Revista Integrativa em Saúde e Educação. Disponível em: <[www.ufrb.edu.br/revise](http://www.ufrb.edu.br/revise)> Acesso em: 03 de Nov. de 2013.

STENZEL, G. Q. L. *et al.* **A psicologia no cenário hospitalar: encontros possíveis.** Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias:** acadêmica, da ciência e da pesquisa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

VERONEZE, C. B. Grupos Terapêuticos com dispositivos de cuidado na hospitalização. In: FILGUEIRAS, Maria Stela Tavares; *et al.* **Psicologia Hospitalar e**

**da Saúde: consolidando práticas e saberes na Residência.** ed. 2ª Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011

VIEIRA, L.N.L. **A Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar.** Disponível em: <<http://artigos.psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-atuacao-do-psicologo-no-contexto-hospitalar#ixzz2jbVKDR6xPsicologado/2010>> Acesso em: 03 de Nov. de 2013.

## APÊNDICE



## QUESTIONÁRIO

### 1. Dados pessoais

Nome \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

#### A - Grau de escolaridade:

- Ensino Fundamental incompleto       Ensino Fundamental completo  
 Ensino Médio incompleto       Ensino médio completo  
 Ensino superior

#### B - Número de pessoas na família:

- 1 a 3       3 a 5       5 ou mais

#### C - Renda familiar em salário:

- menos que um       1 a 2       2 a 4       4 salário ou mais

### 2- Com relação à manifestação da doença:

A. Idade do paciente

( ) até 20 anos    ( ) 20 a 35 anos    ( ) 35 a 60 anos    ( ) 60 anos ou mais

B. Quais os principais sintomas?

---

---

---

C. Foi especificado tipo do câncer?

D. ( ) sim    ( ) não    Qual? \_\_\_\_\_

E. Quanto tempo levou para “fechar” o diagnóstico?

( ) menos que 1 ano    ( ) 1 a 2 anos    ( ) 3 anos ou mais

F. Quais foram os procedimentos realizados, após o diagnóstico?

( ) quimioterapia    ( ) radioterapia    ( ) cirurgias    ( ) outros

G. Houve dificuldades para realizar a prescrição médica? Quais?

Especifique \_\_\_\_\_

---

---

**A. Com relação ao acompanhamento:**

A. Qual é o grau de parentesco em relação ao paciente?

( ) esposo(a)    ( ) irmão/irmã    ( ) mãe/pai    ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_

B. Qual foi o tempo de acompanhamento?

( ) 1 a 3 meses    ( ) 6 meses a 1 ano

( ) 3 a 6 meses    ( ) mais de 1 ano

C. Houve revezamento ou algum tipo de ajuda de outras pessoas.

( ) Sim    ( ) Não

Com quem? \_\_\_\_\_

D. Quais foram as reações e sentimentos ao receber o diagnóstico?

---

---

E. Relate as dificuldades e angústias vivenciadas nesse percurso.

---

F. Houve acompanhamento psicológico?

( ) Sim

( ) Não

( ) 2 a 5 sessões

( ) 5 a 10 sessões

( ) 10 sessões ou mais

Se houve, quais foram os resultados desse processo?

---

---

---

#### 4. Com relação ao tratamento:

A. QUANTO tempo durou o tratamento?

( ) até 6 meses

( ) 6 meses a 1 ano

( ) mais de 1 ano

B. Quais os procedimentos realizados e a quantidade de vezes?

( ) consultas

( ) 1 a 5

( ) 6 a 10

( ) 11 ou mais

( ) exames

total de exames \_\_\_\_\_

( ) quimioterapia

total de sessões \_\_\_\_\_

( ) radioterapia

total de sessões \_\_\_\_\_

( ) cirurgias

total de cirurgias \_\_\_\_\_

C. Precisou realizar deslocamento para outra cidade? Quantas vezes \_\_\_\_\_.

D. Relate as principais dificuldades encontradas durante esse percurso:

---

---

---

E. Durante o período de tratamento foi realizado algum tratamento alternativo?

( ) Sim

( ) não

Quais?

( ) Homeopatia

( ) Fitoterapia

( ) Florais

( ) Geoterapia

( ) outros

A. Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

B. Se houve, quais foram os resultados?

---

---