

PSICONCOLOGIA NA ABORDAGEM AO CUIDADOR FAMILIAR¹

Andreza Maria da Silva²
Beatriz dos Santos Pereira³

RESUMO:

Ao receber o diagnóstico do câncer uma série de mudanças ocorre tanto na vida do paciente quanto dos familiares, visto que, há uma ruptura no estilo de vida e a necessidade imediata de adaptação a uma nova realidade que se inicia. É indiscutível que durante o processo do adoecimento é necessário que o paciente tenha um cuidador que possa ajudá-lo, pois as consequências do tratamento e a evolução da doença podem deixá-lo mais vulnerável e incapacitado de realizar as tarefas que antes eram comuns. Geralmente, quem assume essa função de cuidador principal é um membro da própria família. Ao desempenhar esse papel podem ocorrer impactos na saúde mental do cuidador como o estresse, a ansiedade, a depressão e até mesmo o adoecimento físico. Este artigo adota como metodologia a revisão narrativa da literatura de caráter exploratório, com o objetivo de discutir amplamente esse assunto, destacando o papel do psicólogo na abordagem em saúde mental do cuidador familiar em oncologia. Os resultados encontrados apontam que a assistência em saúde mental se faz urgente no contexto da oncologia, visto que, há necessidade de adaptação às novas condições de vida, consequências físicas e sintomas psicológicos por assumir a função de cuidador. Sendo necessário, esse suporte com intuito de propiciar qualidade de vida geral no cuidador, apesar da rotina e do momento da vida ser conturbado. Vale ressaltar que a atenção e o cuidado com aquele que cuida é tão necessário quanto o suporte ofertado ao adoecido.

Palavras-chave: Oncologia. Família. Cuidador. Saúde Mental. Psicologia.

PSYCHONCOLOGY IN THE APPROACH TO FAMILY CAREGIVER

ABSTRACT:

Upon receiving the diagnosis of cancer, a series of changes occur both in the patient's and family's lives, since there is a rupture in lifestyle and the immediate need to adapt to a new reality that is beginning. It is indisputable that during the illness process it is necessary for the patient to have a caregiver who can help him, because the

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de graduação em psicologia da Uniacademia na linha de pesquisa psicologia e saúde. Recebido em 13/10/2020 e aprovado, após reformulações, em 17/11/2020.

² Discente do curso de graduação em psicologia da Uniacademia. E-mail: andrezamaria97@outlook.com

³ Doutoranda (em parceria com a Universidade do Porto - Portugal) e Mestre Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (FAMED-UFJF). Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pela Faculdade Governador Ozanan Coelho (FAGOC), e em Psicologia da Saúde pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e em Docência no Ensino Superior pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Psicóloga pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES/JF) e docente do Centro Universitário Uniacademia. E-mail: beatrizsp.psic@yahoo.com.br

consequences of treatment and the evolution of the disease can leave him more vulnerable and unable to perform the tasks that were previously common. Generally, who takes on this role as primary caregiver is a member of the family itself. When playing this role, impacts on the caregiver's mental health can occur, such as stress, anxiety, depression and even physical illness. This article adopts as methodology the exploratory narrative review of the literature, with the objective of discussing this subject widely, highlighting the role of the psychologist in the approach to mental health of family caregivers in oncology. The results found indicate that mental health care is urgent in the context of oncology, since there is a need to adapt to new living conditions, physical consequences and psychological symptoms for assuming the role of caregiver. If necessary, this support in order to provide general quality of life for the caregiver, despite the routine and the moment of life is troubled. It is worth mentioning that the attention and care with the caregiver is as necessary as the support offered to the patient.

Keywords: Oncology. Family. Caregiver. Mental Health. Psychology.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença degenerativa que tem aumentado mundialmente o número de casos e de mortalidade. É considerado um grande problema de saúde pública por estar entre as quatro principais causas de mortes prematuras (antes dos 70 anos). A última estimativa mundial realizada em 2018 aponta que surgiram 18 milhões de novos casos da doença (BRAY et al., 2018 apud INCA, 2020). No Brasil, a estimativa é em torno de 625 mil casos de câncer para cada ano no triênio 2020-2022. (INCA, 2020).

O câncer acomete cada sujeito de acordo com o grau de complexidade da doença e as condições físicas e emocionais do paciente. Diante desse novo contexto de vida há uma série de adaptações a nova rotina, as consequências do tratamento e as vulnerabilidades e medos devido as próprias estigmatizações em torno da doença, que ainda possui representações simbólicas negativas (BARBOSA, 2007).

Nesse novo contexto de vida é de extrema importância que o paciente tenha um cuidador que possa acompanhá-lo, visto que, algumas limitações ocorrerão nas diferentes fases da doença. Vale ressaltar que existem dois tipos de cuidador: o que assume esse papel como profissão, que é regulamentada e que há a existência de um protocolo e um Código de Ética, sendo este cuidador formal. Há também o cuidador informal, que é o familiar, que será o foco deste artigo. Este não é

resguardado por nenhuma legislação trabalhista e não obtêm nenhuma remuneração para assumir esta função. Apesar de ambos serem cuidadores, a experiência é vivida de formas diferentes para cada um deles (DEBERT, 2015).

Ao assumir esse papel, cada cuidador familiar poderá vivenciar diferentes experiências, como sensações e sentimentos positivos por se sentir satisfeito por poder contribuir e cuidar do familiar adoecido, mas pode experimentar também sentimentos negativos como a sensação de impotência, tristeza, solidão e preocupação. Devido a essas particularidades de cada sujeito, ao se tornar cuidador familiar, os impactos gerados são diferentes em cada indivíduo (HEDLER, 2016).

Muitas vezes pode ocorrer do familiar assumir esse papel durante muitos anos e essa ser uma experiência solitária e sem descanso. Isso pode gerar consequências e alterações significativas na vida psíquica do cuidador, além das repercussões sociais, como isolamento e alterações nas relações interpessoais (FLORIANI, 2004).

Com isso, nota-se que as responsabilidades assumidas pelo cuidador familiar são bastante intensas e afetam sua vida. Os impactos não se restringem apenas àqueles relacionados ao cuidado prático prestado ao adoecido, mas também devido a outras repercussões que vivencia ao assumir essa função. Nesse contexto, a atenção e o cuidado com aquele que cuida é tão necessária e essencial quanto a assistência prestada ao enfermo.

Diante das principais dificuldades e abalos que permeiam a vida do cuidador familiar em oncologia, o artigo objetiva definir o cuidador familiar e suas funções, reconhecer o perfil dos cuidadores familiares de pacientes oncológicos, identificar as consequências geradas nas esferas físicas, emocionais e sociais da vida do familiar cuidador, bem como destacar as possibilidades de atuação do psicólogo neste contexto. Este trabalho adota como metodologia a revisão narrativa da literatura de caráter exploratório, com o objetivo de discutir amplamente esse assunto, destacando o papel do psicólogo na abordagem em saúde mental do cuidador familiar em oncologia.

2 PACIENTE E CUIDADOR FRENTE AO DIAGNÓSTICO EM ONCOLOGIA

O câncer é uma doença que se caracteriza pelo crescimento desordenado de células que acomete tecidos e órgãos. Estas células se dividem de forma rápida tornando-se muito agressivas e incontroláveis, formando tumores que podem se propagar para outras áreas do corpo. Nesse conjunto de mais de 100 doenças que caracterizam o câncer, há diferenças em cada uma delas como a velocidade de multiplicação das células e a possibilidade de tecidos e órgãos vizinhos ou distantes serem invadidos, pelo processo conhecido por metástase (INCA, 2020).

A formação da doença ocorre lentamente e pode demorar anos para que a célula cancerígena se propague tornando-se um tumor aparente. O acúmulo dos diversos agentes cancerígenos são os causadores do início, promoção, progressão e inibição do tumor. Esses agentes podem ser bem diversos, pois dependem de características particulares de cada sujeito como, por exemplo, as características individuais, o tempo, o contato e interação com agentes externos prejudiciais (como tabaco, sedentarismo, alimentação inadequada, poluição ambiental, dentre outros), que podem facilitar ou dificultar a instalação da doença (INCA, 2020).

Além disso, existem três estágios de instalação da doença: estágio de iniciação, em que há uma alteração dos genes pela ação dos agentes cancerígenos, estágio de promoção, onde as células já estão modificadas e são acometidas pelos agentes oncopromotores e o estágio de progressão, em que as células já se multiplicaram incontrolavelmente tornando-se irreversíveis (INCA, 2020).

Uma estimativa mundial realizada em 2018 indica que aconteceram 9,6 milhões de óbitos e 18 milhões de casos da doença. Os tipos de câncer mais comuns são: o de pulmão e de mama que possuem maior incidência mundialmente (2,1 milhões), seguidos por cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão). Há diferenças no número de casos de acordo com o sexo. Os homens representam 9,5 milhões de novos casos (53%), já as mulheres representam 8,6 milhões (47%) dos casos (BRAY et al., 2018 apud INCA, 2020). Já no Brasil, os tipos de câncer que terão maior incidência para cada triênio 2020-2022 serão: em primeiro lugar o câncer de pele não melanoma (177 mil), câncer de mama e próstata (66 mil cada um), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil) (INCA, 2020). Sendo apontado uma estimativa de 685 mil novos casos (MATHERS et al. 2003 apud INCA, 2020).

Os tipos de tratamento vão depender de algumas condições como: o grau de complexidade da doença, condição física do paciente e a idade, para serem indicados. Dentre as possibilidades terapêuticas temos a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e o transplante de medula óssea. Em alguns casos pode haver a necessidade de articular mais de um tipo de tratamento. Vale ressaltar também a respeito dos cuidados paliativos, que se trata de uma perspectiva de abordagem que pode ser utilizada desde o momento do diagnóstico, tendo como foco um conjunto de práticas de assistência humanizada (INCA, 2018). Essas intervenções, muitas vezes são agressivas e geram efeitos colaterais, a variar de acordo com o tipo de procedimento adotado, da área afetada e da reação de cada paciente. Vale ressaltar alguns dos principais sintomas causados pela quimioterapia, que é um dos procedimentos mais utilizados: fadiga, perda do cabelo, hematomas e hemorragias, infecção, anemia, náuseas e vômitos, perda de apetite, diarreia ou constipação e perda de peso (ONCOGUIA, 2018).

Pode-se dizer que receber o diagnóstico do câncer é uma das etapas mais delicadas tanto para o paciente quanto para os familiares, pois é a partir daquele momento que recebe a notícia concreta de que a doença existe. Junto a isso uma série de questões permeiam o paciente e seus familiares como: medo da morte, ter que se adaptar a um novo estilo de vida e, em alguns casos, dificuldades econômicas devido ao tratamento e isso torna-se ainda mais complexo caso o paciente seja o responsável, economicamente, pelas despesas de casa (FARINHAS, 2013).

Apesar da evolução dos procedimentos médicos, tecnológicos e da melhoria dos prognósticos do câncer, ainda há uma percepção social de que ter o reconhecimento da doença é sinônimo de morte fatal. Essa visão a respeito da patologia faz com que paciente e familiares optem por omitir a outras pessoas sobre o diagnóstico. Ao ser comunicado a respeito do câncer, grande parte dos pacientes sentem-se perdidos com a notícia e cultivam pensamentos pessimistas em relação a doença, pois não se refere a algo planejado, mas uma realidade que lhe foi imposta (SIQUEIRA, 2007).

Diante disso, ocorre uma série de inquietações no paciente e em seus familiares, em decorrência de mudanças significativas presentes neste momento como as alterações físicas, psíquicas, sociais e financeiras. Essa situação altera a

forma de ser do indivíduo, exigindo adequação à nova realidade. Além disso, pode ocorrer a necessidade de adiar ou desistir de projetos de vida e isso pode impactar significativamente a vida do sujeito (SIQUEIRA, 2007).

Vale ressaltar que a comunicação do diagnóstico é realizada pelo médico e os demais profissionais que compõem a equipe ofertam o suporte necessário ao paciente e familiares nesse momento de grande vulnerabilidade. Por isso, é muito importante que os profissionais de saúde tenham cautela ao comunicar o paciente, sendo necessário usar uma linguagem acessível, buscando compreendê-los, ofertando acolhimento e ajuda diante de suas necessidades. O papel do psicólogo nesse contexto é bastante frequente, pois favorece a comunicação entre paciente, família e equipe (FARINHAS, 2013).

A comunicação com paciente e familiares deve ser clara, verdadeira e empática para que o próprio paciente e os familiares utilizem seus recursos internos para poder lidar melhor com a situação. Nota-se que a dificuldade em abordar o tema pode levar o familiar a não falar do diagnóstico, o que pode ser uma resistência ou representar dificuldades pessoais do próprio familiar de ter que encarar a situação, para além do desejo de poupar o paciente (VOLLES, 2012).

Diante de tantas mudanças e por estar frágil, é necessário que o paciente tenha alguém que possa auxiliá-lo no dia a dia e nas diversas demandas que sejam necessárias. O cuidador desempenha um papel fundamental, pois ajuda o paciente em variados aspectos, como a higiene, alimentação, locomoção e medicações, além de acolhê-lo ofertando um apoio emocional em seus momentos de crise (ARAÚJO, 2009).

3 O CUIDADOR PRINCIPAL EM ONCOLOGIA

O conceito de família foi sendo alterado no decorrer dos séculos. As modificações estão associadas a questões sociais, políticas, culturais e principalmente as mudanças nas relações interpessoais. Diante dessas modificações, novos papéis foram sendo assumidos e a constituição familiar foi sendo composta por diferentes arranjos (PEREIRA NETO, 2016). Apesar de existirem diferenças em cada instituição familiar devido sua composição, de forma geral, entende-se que a

família é a primeira instituição que fazemos parte, que nos ensina valores, como viver em sociedade, que além de ser um ponto de apoio, proporciona carinho, cuidado, amor e afeto (HINTZ, 2007 apud PEREIRA NETO, 2016).

A partir do momento em que chega o diagnóstico de câncer, o principal ponto de apoio para o adoecido são os familiares, pois são eles que irão ofertar ajuda e apoio nesse processo de adoecimento. A família possui uma significativa importância no cuidado, pois é ela que já possui um forte vínculo com o adoecido, sabe quais são seus pontos fortes e suas vulnerabilidades, por isso são capazes de proporcionar um acolhimento mais profundo. Além disso, por se referir ao adoecimento de um familiar onde já existe uma relação afetiva pré-estabelecida, a preocupação e o desejo de ajudar podem se tornar mais intensos. No processo de cuidar, a família precisa se reorganizar para auxiliar o familiar adoecido. Os familiares mudam suas rotinas, assumem novos papéis, deixam de desempenhar algumas funções e passam a flexibilizar situações que nunca imaginaram abrir mão antes. Tudo isso, objetivando contribuir com aquele que está atravessando um período complicado da vida. Apesar outros membros da família se sensibilizarem com a situação, sempre tem um membro que assume as maiores responsabilidades, sendo nomeado como cuidador principal (MELO, 2012).

Cuidador é aquele que possui comportamentos e ações para atender as necessidades do outro, de modo que possa contribuir positivamente. O cuidar corresponde a uma atitude que necessita de zelo, afeto e responsabilização para que se colocar disponível para atender as necessidades apresentadas pelo outro. Pode-se dizer que seu suporte pode ser direcionado para três níveis de ajuda: para que possa manter o estado do adoecido, melhorar ou acolhê-lo no processo da morte. Vale ressaltar que durante o processo de cuidado é necessário que o cuidador se preocupe e se inquiete com a dor do outro, com objetivo de ter atitudes que possam beneficiá-lo (BOFF, 1999 apud CARVALHO, 2015).

É importante assinalar que o papel de cuidador é diferente para aqueles que desempenham essa função como profissão para aqueles que assumem por ter um familiar adoecido. Os impactos na vida do cuidador profissional e do cuidador familiar são diferentes. Apesar existirem similaridades em relação ao desgaste, há diferenças na forma como a experiência impacta a vida, principalmente devido aos aspectos

emocionais. Em relação ao perfil dos cuidadores familiares, em sua maioria são do sexo feminino, pode-se dizer que isso se dá pelo fato da própria construção social e cultural da mulher como aquela que cuida (GUIMARÃES, 2011).

Frequentemente essa escolha ocorre de forma natural, e não há uma “eleição” de quem será o cuidador. Geralmente assume esse papel aquele já tem um maior vínculo estabelecido com o familiar adoecido. Isso se dá pelo fato daquele que se tornou cuidador principal querer estar junto daquela pessoa que sempre o acompanhou ao longo da vida, como forma de amor e retribuição aos cuidados que sempre lhe foram ofertados (BRAZ, 2009). No entanto, há casos em que o cuidador pode assumir esta função por não haver nenhuma outra pessoa que pudesse acompanhar o familiar adoecido. Nesses casos, a função de cuidador é vista como uma obrigação ou renúncia e não como um papel assumido por vontade própria, e isso impacta mais intensamente esse sujeito, fisicamente e emocionalmente (GUIMARÃES, 2011).

Sabe-se que as funções assumidas pelo cuidador variam de acordo com o tipo de doença instalada, grau de complexidade, estado físico e emocional do adoecido e a própria relação pessoal que possui com o paciente. O contexto de cuidado em oncologia, pode ter grande impacto para o cuidador por ser uma doença crônica e debilitante com grandes exigências de cuidado que se intensificam com o avançar da doença e do tratamento (BIANCHIN, 2015). Outros fatores impactam o cuidador como a idade do paciente, fases da vida com maior dependência como na infância e na velhice, e, conseqüentemente, maior exigência ao cuidador (BECK, 2007).

Como abordado anteriormente, o cuidador familiar vivencia diversas alterações na sua vida e grandes exigências de cuidado. Especialmente aos cuidadores que somam os cuidados em saúde do familiar com sua rotina de trabalho, a sobrecarga de tarefas pode ter impactos significativos, assim como aqueles impactados por perdas de trabalho e financeiras (GUIMARÃES, 2011). Adicionalmente, o contato intenso entre o paciente e o cuidador permite o estreitamento dos vínculos, visto que, passam períodos longos juntos o que pode proporcionar o estreitamento dos laços afetivos entre eles e a resignificação da relação. Porém, o vínculo formado também irá impactar na saúde física e mental do cuidador (REZENDE, 2010). Outras repercussões podem ser notadas como a mobilização de recursos internos para sua

adaptação, a forma como os outros familiares enxergam o câncer, dificuldades em aceitar o diagnóstico e angústia de ter que pensar a respeito da finitude (DA SILVA MARQUES FERREIRA, 2018).

Vale ressaltar também, a respeito do luto antecipatório impacta significativamente a vida do paciente e dos familiares, visto que, há um sofrimento de algo que não aconteceu mas que devido ao processo da doença e os resultados dos prognósticos fazem com que há esse processo de luto, mesmo em vida. Pode-se dizer que quando é noticiado que o paciente está fora da possibilidade de cura e que a única forma de acompanhamento serão os cuidados paliativos esse luto antecipatório se torna ainda mais intenso, e pacientes e familiares começam a se preparar emocionalmente para essa perda que está próxima de acontecer (ONDERE NETO, 2017).

Para o paciente esse processo de luto antecipatório pode gerar sentimento de medo em relação a proximidade da morte, reflexão em relação a como foi sua vida e o desejo de ter os últimos contatos com seus familiares, como se fosse uma forma de despedida. Além disso, pode haver casos em que o paciente se posiciona em relação ao desejo pela morte, visto que, se encontra em extrema vulnerabilidade física e emocional (ROSS, 2008 apud ONDERE NETO, 2017).

Para os familiares esse processo de luto antecipatório é delicado, pois começam a imaginar como será a vida após a perda de seu ente querido. Isso o deixa emocionalmente frágil, afinal, encontra-se em sofrimento. Pode impactar deixando-os com humor rebaixado, crises de choro, falta de concentração em tarefas como as do trabalho, questionamentos se realmente fez tudo o que pôde para ajudar o familiar e em alguns casos sentimentos de culpa por considerar que não contribuiu o suficiente nesse processo de doença (ONDERE NETO, 2017).

Apesar de toda repercussão do cuidado ao paciente oncológico no cuidador familiar, se destaca que, a assistência aos pacientes inclui o incentivo aos cuidados domiciliares, representando um maior conforto para pacientes com benefícios para o tratamento. Além disso, sentimentos positivos de dever cumprido e cuidado ofertado podem ser confortantes durante o adoecimento (MARTÍN, 2016 apud DA SILVA MARQUES FERREIRA, 2018). Nessa situação, pode ocorrer do cuidador principal negligenciar seu autocuidado e sua própria saúde. Sua atenção é tão focada em

ajudar o outro que pode esquecer de ajudar a si mesmo. Por isso, é importante que se tenha o suporte de outros familiares como rede de cuidado expandida e que pratique o autocuidado durante esse processo, para que não desencadeie um esgotamento físico e mental (MENDES, 1995 apud BECK, 2007).

Os profissionais de saúde também possuem um papel fundamental, pois a troca de informações, o acolhimento e o contato com os cuidadores é tão relevante quanto a atenção e os cuidados ofertados ao paciente. É importante que os profissionais proporcionem apoio e segurança para o cuidador familiar, buscando um cuidado de maior qualidade e eficiência. A psicologia terá como foco de trabalho não especificamente o câncer, mas como estão os aspectos psicológicos diante do adoecimento. Tendo um olhar cuidadoso não só para a doença, mas para o sujeito e familiares que existem por trás dela, tendo como objetivo se atentar para a subjetividade humana no adoecimento oncológico (GUIMARÃES, 2011).

3.1 Impactos biopsicossociais e a sobrecarga do cuidador familiar

É reconhecido que o cuidador assume inúmeras tarefas, se encontra em situação de sobrecarga o que pode gerar negligência com o autocuidado e impactos severos em sua saúde (FLORIANI, 2004). Diversos fatores contribuem para a sobrecarga do cuidador principal e é extremamente necessário ter um olhar atento para o cuidador, buscar estabelecer uma rede de apoio que possibilite que as tarefas sejam divididas por diferentes familiares para não gerar excesso de tarefas somente para o cuidador principal (AHNERTH, 2020). Além de ofertar cuidados de profissionais como o suporte psicológico.

A literatura descreve algumas consequências negativas do excesso de tarefas que são bastante frequentes e impactam significativamente a saúde física, como o cansaço, as dores musculares, a má alimentação, a baixa imunidade, além do sono e repouso prejudicados. Há também a presença de impactos psicológicos em decorrência da dedicação integral ao paciente (NETO, 2020) gerando estresse, ansiedade e depressão no cuidador (BORGES, 2017; BIANCHIN, 2015; GUIMARÃES, 2011).

3.1.1 Estresse

O aparecimento de sintomas de estresse se dá pela ocorrência de diversas situações estressantes que gera forte tensão, cuja resolução dependerá da estratégia de enfrentamento utilizada. Dentre as estratégias existentes, pode-se citar: a resolução de problemas, em que se busca soluções que sejam focadas no problema; e a fuga e esquiva, que tem como foco a emoção, em que se tenta negar tudo o que está acontecendo. Tais estratégias demonstram formas como a pessoa é capaz de enxergar seus problemas e de buscar formas para solucioná-los e irão variar de acordo com as características individuais de cada sujeito (DEL BIANCO FARIA, 2010).

É importante notar que o desenvolvimento do estresse se relaciona com o tempo, sendo dividido por quatro fases, sendo elas a de alerta, a de resistência, a de quase exaustão e a de exaustão (SELYE, 1956 apud GUIMARÃES, 2011; LIPP 2000, apud GUIMARÃES, 2011). Esse modelo de quatro fases evidencia um agravamento dos sintomas de estresse e de impactos em sua decorrência com o passar do tempo.

Fatores estressores variam de acordo com o ambiente em que o paciente e o cuidador estão inseridos. Quando estão em domicílio as tarefas a serem cumpridas são maiores, além dos cuidados com o adoecido, precisa também dar conta das tarefas domésticas e das despesas. Essa multiplicidade de responsabilidades pode ser considerada como um dos principais aspectos que propiciam o estresse no cuidador (NETO, 2020). Destacando que o estresse impacta diretamente a qualidade de vida dos cuidadores familiares (DEL BIANCO FARIA, 2010), compreende-se a importância do trabalho para diminuir o estresse nessa população.

Para exemplificar a relevância do tema, evidencia-se uma pesquisa com análise qualitativa e quantitativa realizada com 10 cuidadores familiares de pacientes oncológicos sem a possibilidade de cura e que recebiam cuidados paliativos, sendo a amostra composta por 8 mulheres e 2 homens. O objetivo da pesquisa era avaliar o nível de estresse do cuidador principal diante da eminência de morte do familiar. Durante o processo foram realizadas entrevistas com um roteiro com questões a respeito de como foi se tornar cuidador, benefícios, mudanças na vida, como é ter um familiar em cuidados paliativos, o que ele(a) representa para o familiar, pensamentos sobre a morte e, caso quisesse, poderia completar com questões que não foram

perguntadas. Além disso foi aplicado o inventário de sintomas de estresse de Lipp e o resultado foi que 100% dos entrevistados manifestaram estresse, havendo variação no estágio de estresse de cada um deles. Seis cuidadores estavam na fase de quase exaustão e quatro na fase de resistência. Além disso, nove dos entrevistados tinham alguma sintomatologia, sendo a predominante a de caráter psicológico, sendo os três sintomas mais presentes: refletir e dialogar a respeito de apenas um assunto, aflição/ansiedade e o desejo de escapar de tudo (GUIMARÃES, 2010).

Diante desse contexto fica evidente a importância de se ter atenção ao cuidador principal, visto que, a circunstância na qual ele está inserido contribui imensamente para elevar os níveis de estresse e isso tomando proporções elevadas pode comprometer, significativamente, sua saúde mental (GUIMARÃES, 2010).

3.1.2 Ansiedade

A ansiedade se refere ao estado de alerta e atenção a um perigo eminente, que pode ser real ou imaginário. Quando relacionado ao familiar cuidador, os fatores geradores de ansiedade podem ser o medo da morte, a dificuldade de cumprimento das inúmeras tarefas, os temores e sentimentos de ameaça e podem gerar sintomas físicos, como a taquicardia, as palpitações, a sudorese excessiva, o mal-estar gástrico, a falta de ar e a tontura (REZENDE, 2005). Nota-se que o estágio da doença também influencia no grau de ansiedade do cuidador que aumenta com o tempo e nível de gravidade do paciente (DEL BIANCO FARIA, 2010).

Sobre a ansiedade em cuidadores, destaca-se um estudo transversal com o objetivo de analisar a repercussão da fase do câncer de pulmão e da qualidade de vida do paciente na sobrecarga do cuidador principal familiar. Foram selecionadas 91 díades paciente-cuidador. O perfil dos pacientes se refere a 56% sendo homens, e a maioria deles, 77% eram fumantes. Já os cuidadores são mais jovens e, prevalentemente, do sexo feminino. Para avaliar como o estado do paciente influenciava na qualidade de vida (QV) do cuidador e seu nível de ansiedade, para participar da pesquisa ambos deveriam aceitar, os cuidadores familiares deveriam estar na faixa etária a partir dos 18 anos, ter escore superior ou igual a 20 no Mini exame do estado mental (Mini-mental) e deveriam ser considerados, pelo adoecido,

como cuidador principal. As díades paciente-cuidador foram subdivididas em quatro grupos que tiveram os respectivos resultados: câncer em estágio inicial mais QV não comprometida (n=28), câncer em estágio avançado mais QV não comprometida (n=30), câncer em estágio inicial mais QV comprometida (n=5) e câncer em estágio avançado mais QV comprometida (n=28). Vale ressaltar que os cuidadores que tinham que se dedicar ao cuidado por maior tempo tiveram maior comprometimento na qualidade de vida, principalmente pelo fato do paciente estar num estágio mais avançado da doença e por estar com a qualidade de vida afetada. Isso gera uma sobrecarga mais elevada e maiores indicativos de ansiedade/depressão do que nos casos em que o paciente está na fase inicial da doença e sem a qualidade de vida comprometida (BORGES, 2017).

3.1.3 Depressão

Ter alguns sintomas depressivos como humor rebaixado, tristeza, desinteresse por atividades que costumava gostar de fazer, crises de choros ou variações constantes de humor pode ser considerado esperado devido ao contexto de vida do cuidador e do familiar. No entanto, é necessário que se fique atento para o nível de intensidade desses sintomas, pois frequentemente familiares e cuidadores desenvolvem a depressão (REZENDE, 2005).

Sobre a depressão, destaca-se um estudo descritivo e exploratório que teve 56 participantes de ambos os sexos, em que 100% deles tinham algum vínculo familiar com o adoecido e eram cuidadores informais de pacientes oncológicos em quimioterapia. O objetivo da pesquisa foi identificar o nível de depressão dos participantes fazendo uma associação à sobrecarga do cuidado. Para colher os dados foi utilizado o Inventário de depressão de Beck e a Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. Os resultados da pesquisa apontaram que 78,6% dos cuidadores são do sexo feminino e que estão na faixa etária de 19 a 79 anos. Foi constatado depressão em 15,9% das mulheres, porcentagem que se refere a 12,5% dos participantes. Vale ressaltar, a respeito da relação dos vínculos afetivos estabelecidos nas mulheres diagnosticadas com depressão, que 42,8% delas eram esposas e 28,6% eram irmãs dos adoecidos. Em relação aos cuidadores do sexo masculino, nenhum dos

participantes teve indicativo para a depressão. Em relação a disforia (descrita por mudança no humor associada a sensações desconfortáveis como ansiedade, preocupações, ficar irritado e desgostoso), esta foi identificada em 7,1% dos entrevistados, do qual, corresponde a 75% das mulheres. Além disso, foi constatado depressão em 15,4% dos cuidadores com faixa etária de 30 a 60 anos (69,6% dos participantes) e, foi observado disforia em 2,6% deles. A pesquisa indica que, quando o cuidador principal é um familiar, este possui chances bem maiores de ter comprometimento da saúde emocional em decorrência da sobrecarga elevada de funções (BIANCHIN, 2015).

3.1.4 A saúde mental dos cuidadores após o tratamento oncológico

Sabe-se que a partir do início do tratamento do câncer e quando o familiar assume a função de cuidador principal, há significativas mudanças em sua vida e repercussões em sua saúde mental que se intensificam com o avançar da doença (DELALIBERA, 2018).

Um interessante estudo foi realizado com cuidadores de pacientes fora de possibilidades de cura com o objetivo de analisar o contexto do familiar e as repercussões dos cuidados prestados e o preparo para o óbito do familiar. A pesquisa foi feita com uma amostra de 60 cuidadores familiares, predominantemente do sexo feminino, casadas e com a faixa etária média de 44,53 anos. O estudo evidenciou que a dedicação exclusiva com o paciente gera sobrecarga e impactos significativos na saúde mental do cuidador e apontou que 31,7% dos familiares cuidavam do paciente há mais de dois anos e uma grande parcela (48,3%) ofertava mais de 16 horas do seu dia destinado aos cuidados. Dos cuidadores, 38,3% declara não possuir suporte prático e 13,3% relata não contar com apoio emocional (DELALIBERA, 2018).

Além da identificação das consequências emocionais e sociais (ansiedade, depressão, somatização e uma redução do apoio social) após o início dos cuidados prestados, o estudo apontou que 71,4% dos cuidadores sabiam do nível de complexidade da enfermidade do familiar e que 51,4% declarou que sempre teve informações por parte dos profissionais a respeito da iminência de morte do paciente. No entanto, 31,4% relatou não estar pronto ou pouco preparado emocionalmente para

lidar com a perda do ente e manifestou possuir indicativos de experiência de estresse pós-traumático (DELALIBERA, 2018).

Este estudo evidencia a necessidade de assistência em saúde mental e preparo do cuidador familiar para adaptação à sua realidade após o tratamento do paciente e até mesmo após a sua morte.

4 A PRÁTICA EM PSICO-ONCOLOGIA

Atualmente, a saúde trabalha com aspectos biopsicossociais dos sujeitos em uma perspectiva ampliada do processo de saúde e doença. Esse novo olhar para as pessoas leva à novas formas de intervenção em saúde, que inclui, cada vez mais, a abordagem da saúde mental em diversos contextos, sendo o profissional psicólogo o principal responsável por este cuidado (ALMEIDA, 2011).

À Psicologia da saúde cabe a compreensão da relação entre a doença e os diversos aspectos de vida do sujeito, abordando as psicopatologias, e para além, com a prevenção de agravos e promoção da saúde (BARROS, 1999 apud ALMEIDA, 2011). Nessa perspectiva, a Psicologia da Saúde contempla os diferentes níveis de atenção do SUS (atenção primária, atenção secundária e a atenção terciária), bem como diversos contextos de atuação, dentre eles a oncologia, sendo uma área reconhecida como psico-oncologia (CFP, 2019).

De forma geral, no ambiente hospitalar, o profissional de Psicologia desempenha a função de acolher o paciente e seus familiares, independente do lugar em que estejam. Nesse contexto, o papel do psicólogo vai para além do modelo clínico e psicoterápico. É necessário ir de encontro ao paciente independentemente de onde ele esteja, podendo ser nas salas de espera, na UTI, na própria residência ou em algum outro lugar em que esteja. A postura do profissional não é, necessariamente, esperar ser solicitado, mas estar em contato demonstrando interesse e ofertando acolhimento, pois é a partir desse movimento de ofertar ajuda que pode ser que a demanda apareça (COSTA JÚNIOR, 2001). Além disso, a escuta clínica perpassa o paciente, os familiares e a instituição/equipe, formando uma tríade que se conecta e que necessita de cuidados para que surta efeitos cada vez mais positivos durante esse processo. O foco do trabalho não é apenas o adoecido, mas todo seu entorno

objetivando ter um olhar mais amplo para todas as esferas que demandam por cuidados diante da situação de vulnerabilidade emocional (CFP, 2019).

Já a psico-oncologia é uma ramificação da Psicologia da Saúde, e possui um papel fundamental no acompanhamento do paciente oncológico, pois o profissional irá trabalhar com as diversas questões que permeiam a vida do adoecido durante esse processo de adoecimento, acompanhando as questões relacionadas à saúde emocional, ao desenvolvimento da doença, aos procedimentos realizados e como o todas essas questões estão impactando sua vida. Vale ressaltar que o trabalho do psico-oncologista é interdisciplinar, pois se associa a outras áreas do saber com o objetivo de ofertar um cuidado mais amplo visando atender as diferentes necessidades que englobam a vida do sujeito, além de contribuir também com os familiares (COSTA JÚNIOR, 2001).

Sabe-se que o ambiente hospitalar, por si só, gera grande desconforto e estranhamento por ser um ambiente frio, caracterizado por constantes interrupções, rotina do local ser diferente, ter aparelhos ao redor, alimentação muitas vezes insatisfatória, restrição de visitas e o fato do paciente e acompanhante se sentirem sem espaço. Além de terem que lidar com os medos e inseguranças diante desse novo contexto, que é bastante desconfortável devido as incertezas do que está por vir, além das mudanças que ocorreram no cotidiano (CFP, 2019).

Diante desse contexto de grande fragilidade a atuação do profissional de Psicologia é essencial, pois acolherá pacientes e familiares nessa situação em que muitas vezes se sentem ansiosos, perdidos e desamparados. Além disso, o psico-oncologista deve compreender como estão vivenciando a situação, quais são as maiores dificuldades e sofrimentos, que emoções e sentimentos estão experienciando e como o adoecimento está influenciando nos aspectos emocionais. Pode-se realizar intervenções de acordo com as demandas associadas ao processo de tratamento, a melhora, as consequências dos procedimentos, os cuidados paliativos e o falecimento. Vale ressaltar que, na maioria das vezes, a atuação do psicólogo nesse contexto se dá por uma abordagem breve, pois não se sabe por quanto tempo o paciente e os familiares estarão naquele contexto, a intervenção deve ser breve, porém profunda sem perder a eficácia das intervenções (CFP, 2019).

4.1 A psicologia na abordagem ao cuidador em oncologia

É bastante comum que apesar de ofertar ajuda, o cuidador se sinta impotente, inseguro, com medo e sobrecarregado em um contexto de incertezas que pode gerar uma angústia intensa (CARVALHO, 2002). Frente a essa situação, já bem descrita na literatura, a intervenção psicológica é imprescindível.

Dessa forma, a Psicologia na oncologia assume um papel fundamental de acolhimento e suporte ao cuidador, possibilitando um momento de expressão dos afetos, de compartilhamento das preocupações e angústias, de autocuidado para que haja um resgate ou fortalecimento de sua saúde emocional a fim de que consiga lidar com sua nova realidade de vida (MONTEIRO, 2017).

O psicólogo possui conhecimentos e técnicas essenciais para auxiliar o cuidador durante essa jornada em que precisa lidar com as dificuldades do ente adoecido e com seu próprio desequilíbrio emocional. Assim, a escuta qualificada e acolhedora deve ser a principal chave do exercício profissional. Suas intervenções podem ser feitas individualmente ou em grupos terapêuticos e são de extrema importância no trabalho de promoção à saúde (MONTEIRO, 2017).

As intervenções individuais podem acontecer em qualquer ambiente do hospital (desde que respeitado o sigilo e o conforto ao máximo que for possível). Já os grupos ocorrem em salas com espaço suficiente para acomodar os participantes e demonstram ser uma estratégia bastante eficaz, especialmente por proporcionar suporte social entre os participantes (PIO, 2020).

Além das intervenções realizadas pelo psicólogo com intuito de aliviar ou reduzir fatores como o estresse, ansiedade, depressão e fadiga, é necessário também ter como objetivo trabalhar para contribuir com a qualidade de vida e bem-estar do sujeito, já que estão em condições que aumentam o risco de adoecimento (GUIMARÃES, 2011), visto que, a sobrecarga vivenciada por eles, devido a rotina, abala seu psiquismo, gerando conflitos existenciais além de impactar diretamente em sua qualidade de vida, de modo geral (ANDRADE, 2014). Já em situações fora de possibilidade de cura do paciente, o psicólogo deverá ofertar atendimento ao cuidador, para acolher e informar a respeito dos cuidados paliativos e acompanhá-lo no processo de final de vida do paciente e prepará-lo para a morte (FRATEZI, 2011).

O contato com cada cuidador é diferente, pois cada um irá trazer questões subjetivas diferenciadas de como está sendo assumir esse papel. As demandas podem ser ou não vinculadas ao estado de saúde do adoecido, e cada familiar terá uma vulnerabilidade individual e a intervenção do psicólogo é essencial para que consigam uma reestruturação emocional, para lidar com tudo que está acontecendo ao seu redor (CEOLIN, 2008 apud MONTEIRO, 2017).

Além disso, o psicólogo assume um papel fundamental durante o processo de luto antecipatório, pois irá acolhê-los nesse período ou após a morte desse familiar. Para além das questões técnicas específicas esses pacientes e familiares apenas querem ser ouvidos e expressar seus reais sentimentos (ONDERE NETO, 2017).

A atuação do psicólogo é extremamente necessária, porém, dependendo da demanda apresentada, é importante que o profissional de Psicologia faça o encaminhamento para outras especialidades, como serviço social ou acompanhamento médico (PIO, 2020). Essa perspectiva multidisciplinar de atuação é fundamental, pois muito favorece para o cuidado integral dos cuidadores com abrangência da assistência em todos os níveis que este necessitar.

Por fim, destaca-se o olhar do psicólogo para a individualidade de cada cuidador, para que sejam atendidos em suas necessidades particulares. É importante que o profissional consiga identificar os principais desgastes de cada um, suas vulnerabilidades e também suas potencialidades para intervir de maneira efetiva e alcançar resultados positivos (NETO, 2020).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao vivenciar o momento de diagnóstico do câncer, uma série de questões permeiam a vida do paciente e de seus familiares como as consequências do tratamento, as possíveis sequelas, os medos, as incertezas, a insegurança e ter o sentimento de impotência frente essa situação delicada. Sabe-se que com os avanços tecnológicos e da medicina, os prognósticos de câncer tornaram-se bem melhores, mas apesar disso, receber a notícia da doença é como se fosse sinônimo de morte devido à sua própria estigmatização social.

O cuidador desempenha uma função essencial em relação ao tratamento do paciente oncológico, suprimindo suas necessidades e conferindo conforto, apoio e

atenção. Além disso, o cuidar, frequentemente de forma solitária, sem descanso e a longo prazo. Porém, a gravidade da doença, a intensidade dos cuidados e a sobrecarga podem levar o cuidador a negligenciar sua própria saúde, a desenvolver sintomas psicológicos como ansiedade, depressão, estresse e ainda ter uma redução nos níveis de qualidade de vida.

Considerando a relação interativa entre saúde física e mental e, adotando uma perspectiva ampliada e biopsicossocial de saúde, a assistência em saúde mental se faz urgente no contexto da oncologia. Essa assistência será realizada pelo profissional psicólogo que irá proporcionar suporte no enfrentamento das adversidades inerentes ao tratamento, na adaptação às novas condições de vida, no manejo de sintomas psicológicos, bem como atuando para a melhoria da qualidade de vida geral do cuidador e para que este receba os cuidados necessários.

Assim, o papel do psicólogo é extremamente relevante diante de tal situação, visto que, possui recursos técnicos e teóricos para compreender de forma mais ampla a complexidade e necessidade de acolhimento e ajuda a esse cuidador. O profissional de psicologia poderá atuar tanto de forma individual quanto coletiva com grupos de apoio, tendo o intuito de cuidar da saúde mental do cuidador e, apesar das circunstâncias difíceis, atentar para a qualidade de vida do mesmo, que em sua maioria não entende a importância de se ater para a própria saúde emocional. Por fim, destaca-se a importância do psiconcologista na promoção e prevenção em saúde, sempre estando atento com uma boa escuta clínica e com intervenções eficazes, em alguns casos, sendo profundas apesar de breves.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Raquel Ayres de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. A prática da psicologia da saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 183-202, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a12.pdf>. Acesso em: 08 out 2020.

AHNERTH, Neli Machado de Souza et al. "A Gente Fica Doente Também": Percepção do Cuidador Familiar sobre o seu Adoecimento. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 1-20, jan. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v13n1/07.pdf>. Acesso em: 1 maio 2020.

ANDRADE, Samkya F. de O. et al. Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores de Crianças com Câncer. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 4, p. 1014-1031, dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n4/1982-3703-pcp-34-4-1014.pdf>. Acesso em: 12 jun.

ARAUJO, Laís Záu Serpa de et al. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 32-37, Feb. 2009 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/05.pdf>. Acesso em: 30 abr 2020.

BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes; FRANCISCO, Ana Lúcia. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 9-24, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n1/v10n1a03.pdf> Acesso em: 05 out. 2020.

BECK, Ana Raquel Medeiros; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 670-675, Dez 2007 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/09.pdf>. Acesso em: 22 set 2020. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-6.pdf>

BIANCHIN, Maysa Alahmar et al. Sobrecarga e depressão em cuidadores de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 22, n. 3, p. 96-100, out. 2015. ISSN 2318-3691. Disponível em: [file:///C:/Users/andre/Downloads/245-1-1444-1-10-20151008%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/andre/Downloads/245-1-1444-1-10-20151008%20(1).pdf). Acesso em: 09 out 2020.

BORGES, Eliana Lourenço et al. Sobrecarga do cuidador familiar: a sobrecarga de cuidar de pacientes com câncer de pulmão, de acordo com o estágio do câncer e a qualidade de vida do paciente. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 18-23, Feb. 2017. Disponível em: file:///C:/Users/andre/OneDrive/Documentos/pt_1806-3713-jbpneu-201600000177.pdf. Acesso em: 09 out 2020.

BRAZ, Elizabeth; CIOSAK, Suely Itsuko. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 372-377, junho 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a19.pdf>. Acesso em: 17 maio 2020.

CARVALHO, Maria Margarida. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008. Acesso em: 08 out 2020.

CARVALHO, Liliâne Brandão et al. A ética do cuidado e o encontro com o outro no contexto de uma clínica-escola em fortaleza. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 21, n. 1, p. 01-12, jun. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v21n1/v21n1a02.pdf>. Acesso em: 01 out 2020.

COSTA JUNIOR, Áderson L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 36-43, Jun 2001. Disponível em: [fromhttps://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200005](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200005). Acesso em: 08 out 2020.

CFP – Conselho Federal de Psicologia, **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf. Acesso em: 08 out 2020.

DA SILVA MARQUES FERREIRA, Maria de Lourdes et al. SEJA UM CUIDADOR DE FAMÍLIA COM CÂNCER. **Ciência. doente**, Concepción, v. 24, 6, 2018. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-6.pdf>. Acesso em: 21 set 2020.

DEBERT, Guita Grin; OLIVEIRA, Amanda Marques de. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 18, p. 7-41, Dez 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n18/2178-4884-rbcpol-18-00007.pdf>. Acesso em: 22 set 2020.

DEL BIANCO FARIA, Ana Maria; CARDOSO, Carmen Lúcia. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 13-20, Mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a02.pdf>. Acesso em: 25 maio 2020.

DELALIBERA, Mayra; BARBOSA, António; LEAL, Isabel. Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, pág. 1105-1117, abril de 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/1413-8123-csc-23-04-1105.pdf>. Acesso em: 08 out 2020.

FARINHAS, Giseli Vieceli; WENDLING, Maria Isabel; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n2/v17n2a09.pdf>. Acesso em: 20 abr 2020.

FLORIANI, Ciro. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia** (2004; 50(4): 341-345). Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/secao5.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

FRATEZI, Flavia Renata; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciênc. saúde**

coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3241-3248, Jul 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/23.pdf>. Acesso em: 08 out 2020.

FREITAS Júnior, Ruffo de. et al Fatores prognósticos do câncer de mama e sobrevida global em cinco e dez anos na cidade de Goiânia, Brasil: estudo de base populacional. **Rev Col Bras Cir**; v. 44, n. 5, p. 435-443, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v44n5/pt_1809-4546-rcbc-44-05-00435.pdf. Acesso em: 25 abr 2020.

GUIMARAES, Claudiane Aparecida; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 50-62, ago. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n2/v13n2a04.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

HEDLER, Helga Cristina et al. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 143-153, Jun 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v19n1/1414-4980-rk-19-01-00143.pdf>. Acesso em: 20 jun 2020.

INCA. **O que é o câncer?** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer> Acesso em: 20 abr 2020

INCA, **Estimativa 2020 incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 07 out 2020.

MELO, Cristina Batista; Mônica et al. O funcionamento familiar do paciente com câncer. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 78-89, abr. 2012. Disponível em: [:v18n1/v18n1a07.pdf](https://www.scielo.br/pdf/psd/v18n1/v18n1a07.pdf). Acesso em: 07 out. 2020.

MONTEIRO, Suelen; SCHEIFLER LANG, Camila. Acompanhamento Psicológico ao Cuidador Familiar de Paciente Oncológico. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 33, n. 83, nov. 2017. ISSN 1980-5942. Disponível em: [file:///C:/Users/andre/Downloads/19821-34185-1-SM%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/andre/Downloads/19821-34185-1-SM%20(3).pdf). Acesso em: 1 jun 2020.

NETO, A. C. M.; VALE, J. M. M. DO; SANTOS, L. M. S. DOS; SANTANA, M. E. DE. O enfrentamento dos familiares cuidadores de adoecidos em cuidados paliativos oncológicos domiciliares diante dos estressores do cuidado. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 2, p.25, 21 fev.2020. Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2525/1340>. Acesso em: 23 maio 2020.

NETO, Jorge Ondere; LISBOA, Carolina Saraiva de Macedo. Doenças associadas ao luto antecipatório: uma revisão da literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 308-321, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v18n2/v18n2a03.pdf>. Acesso em: 03 dez 2020

ONCOGUIA. **Efeitos colaterais da quimioterapia**. 2018 Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/efeitos-colaterais-da-quimioterapia/3706/593/>. Acesso em: 25 abr 2020.

PEREIRA NETO, Élida Fluck; RAMOS, Márcia Ziebell; SILVEIRA, Esalba Maria Carvalho. Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 961-979, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-00961.pdf> < Acesso em: 07 out 2020.

PIO, E.S.S; ANDRADE, M.C.M. Psico-oncologia: A atuação do Psicólogo junto aos familiares e ao paciente oncológico. **Revista Mosaico**, v.11, n.1, p. 93-99, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/andre/Downloads/2259-Texto%20do%20artigo-9857-1-10-20200618.pdf>. Acesso em: 09 out 2020.

REZENDE, Vera Lucia; et al. Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort Questionnaire. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 46, p. 229-237, ago. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n46/09.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

REZENDE, Vera Lucia; et al. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. v.27, n.12, p.737-743, 2005. ISSN 1806-9339. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n12/a06v2712.pdf>. Acesso em: 30 maio 2020.

SIQUEIRA, Karina Machado; BARBOSA, Maria Alves; BOEMER, Magali Roseira. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 605-611, ago. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a13.pdf. Acesso em: 05 out 2020.

VOLLES, Camila Christine; BUSSOLETTO, Greici Maestri; RODACOSKI, Giseli. A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 212-231, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v15n1/v15n1a12.pdf>. Acesso em: 10 set 2020.