

**FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

LAURA ELOIZA BRAGA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO PSICÓLOGO NA VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO
DESDE O DIAGNÓSTICO ATÉ A FASE TERMINAL**

**PATOS DE MINAS
2018**

**FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

LAURA ELOIZA BRAGA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO PSICÓLOGO NA VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO
DESDE O DIAGNÓSTICO ATÉ A FASE TERMINAL**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia, para finalidade de obtenção do título de Bacharel, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientadora: Profa. Esp. Cássia Angélica Nogueira Barbosa

**PATOS DE MINAS
2018**

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Curso Bacharelado em Psicologia

LAURA ELOIZA BRAGA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO PSICÓLOGO NA VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO
DESDE O DIAGNÓSTICO ATÉ A FASE TERMINAL**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 29 de
Novembro de 2018.

Orientadora: Profa. Esp. Cássia Angélica Nogueira Barbosa
Faculdade Patos de Minas

Examinadora 1: Profa. Esp. Vania Cristine de Oliveira
Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: Profa. Ma. Juliana Amorim Pacheco de Oliveria
Faculdade Patos de Minas

DEDICO este trabalho a todos os estudantes do Curso Bacharelado em Psicologia, e aos que estão ingressando agora no curso, aos meus mestres, pois sem o apoio e dedicação deles, este projeto não teria se concretizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus por ter concedido-me saúde, força e disposição para concluir o curso superior e o trabalho de final de curso. Sem Ele nada disso seria possível.

Aos meus pais José e Piedade, que deram-me apoio e incentivo nas horas difíceis; aos meus irmãos Max e Tiago e, ao meu namorado Luís Fernando. Minha gratidão pela compreensão de cada um nos dias mais estressantes! Outrossim, pelo incentivo para que eu nunca desistisse de meu sonho. Aos meus pais de criação Maria Abadia e Wilson; as minhas irmãs de coração Cássia e Carla e aos meus avós. Enfim, a todos vocês que torceram para que eu chegasse até aqui.

Agradeço a todos os professores, especialmente a Cássia Angélica, que me deu todo o suporte com suas correções e incentivos, o meu muito obrigada!

À Faculdade Patos de Minas, por me proporcionar um ambiente criativo e amigável para os estudos. Sou grata a cada membro do corpo docente, à direção e à administração dessa instituição de ensino.

E, por fim, aos meus amigos que não me deixaram ser vencida pelo cansaço e me auxiliarem em cada dia de minha caminhada acadêmica.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

**A IMPORTÂNCIA DO PSICÓLOGO NA VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO
DESDE O DIAGNÓSTICO ATÉ A FASE TERMINAL**

**IMPORTANCE OF THE PSYCHOLOGIST IN THE LIFE OF THE ONCOLOGICAL
PATIENTS SINCE THE DIAGNOSIS UNTIL THE END-STAGE**

Laura Eloíza Braga Silva¹

Cássia Angélica Nogueira Barbosa²

RESUMO

Dada à importância de se falar sobre o câncer e de como ele afeta cada pessoa que está adoecida, o presente estudo teve por objetivo discutir a importância do psicólogo na vida do paciente oncológico. A escolha do tema deste trabalho teve grande importância no contexto em que a comunidade está vivenciando, sendo que cada vez mais o câncer se torna presente na sociedade. O artigo busca demonstrar as dificuldades que os pacientes oncológicos enfrentam durante este processo e como o auxílio psicológico pode ser de suma importância em cada etapa a ser realizada durante seu processo de tratamento. Este estudo foi realizado por meio da revisão conceitual da literatura, sendo utilizados como fontes de pesquisas: artigos acadêmicos, livros, teses e monografias obtidas na biblioteca e base de dados da internet. Levando em consideração aos aspectos apresentados, é imprescindível que um psicólogo auxilie o paciente a vivenciar cada fase de seu adoecimento, desde o diagnóstico até a fase terminal, dando auxílio aos familiares e acompanhantes de cada um deles, buscando sempre levar à compreensão, sem realizar julgamento de suas crenças e de sua fé, procurando respeitar a espiritualidade do indivíduo adoecido hospitalizado e entender como o câncer modifica a forma de enxergar o mundo a sua volta.

Palavras-chave: Câncer. Psicólogo. Psico- oncologia.

ABSTRACT

Given the importance of talking about cancer and how it affects each person in condition of disease, the present study aimed to discuss the importance of the psychologist in the life of the oncological patients. The choice of the theme in this work has a great importance in the context our community is experiencing,

¹ Graduanda em Psicologia pela Faculdade Patos de Minas (FPM). eloiza.laura@outlook.com

² Especialista em Psicologia Clínica na abordagem Cognitivo Comportamental, pela UNIASSSELVI. Docente e orientadora do Departamento de Graduação em Psicologia da FPM. cassia-psico@hotmail.com.

considering that each time more the cancer is present in the society. This article seeks to demonstrate the difficulties that the oncological patients have to struggle with during this process and how the psychological help can be of utmost importance in each stage to happen during the treatment process. This study was based on revision of literature conceptual, being used as source: academic articles, books, thesis and monographs obtained in the library and database from internet. Taking into account the aspects presented, it's essential that a psychologist helps the patient to deal with each stages of his illness, from the diagnosis until the end-stage, giving support to family members and companions of each one of them, seeking always reach the comprehension, with no judgments of their beliefs and their faiths, respecting the patient's spirituality and help understand how cancer modifies the way they see the world around them.

Keywords: Cancer. Psychologist. Psycho-oncology.

1 INTRODUÇÃO

A psico-oncologia permite a interação entre psicologia e a oncologia, onde são abordadas diversas questões desde o adoecimento desenvolvido pelo câncer até os problemas psicossociais, buscando promover uma nova realidade ao paciente e seus familiares como também uma melhor qualidade de vida (Alves, Viana, & Souza, 2018).

Carvalho (2003) retrata que o câncer é uma doença que se origina nos genes de uma única célula, onde se é caracterizado pelo seu crescimento desordenado e anormal, dessa forma podendo espalhar-se até formar uma massa tumoral. Ao realizar o diagnóstico da doença são realizados diversos tipos de exames que, por meio de uma análise dos resultados, sejam tomadas as medidas possíveis.

A medicina se evoluiu com o passar dos anos apresentando diversas possibilidades de recursos terapêuticos, em que o paciente pode tratar da doença obtendo resultados tanto positivos quanto negativos, entretanto não existe um procedimento totalmente satisfatório para combatê-lo, muitas vezes, tornando-se necessária a combinação de mais de um tipo de intervenção para a doença, e assim oferecer uma melhor qualidade de vida ao paciente. Porto (2004) vem apresentar alguns contextos que se deve levar em consideração ao tratamento do paciente, uma vez que, independentemente do tipo, todas elas deixam marcas evidentes no mesmo.

A psico-oncologia apresenta em diversos contextos, entre fatores psicológicos e comportamentais, buscando auxiliar o paciente ao processo de diagnóstico até

uma possível cura, durante todo esse o paciente oncológico possui grande necessidade de ser compreendido (Schavelzon, 1992).

Quando se busca retratar a terapia dentro da oncologia, deve-se levar em conta diversos fatores que podem ser apresentados, sendo capaz de serem curativos ou paliativos. Dentre os tratamentos existentes pode-se encontrar a radioterapia, a quimioterapia, a cirurgia, e o transplante de medula óssea, podendo ser administrados de forma conjunta ou de forma separadas (Carvalho, 2003).

Gimenes (1997) retrata que o psicólogo atuante na área de psicologia oncológica deve propor-se a manter o bem-estar psicológico do paciente, procurando identificar e compreender os fatores emocionais que intervêm na sua saúde. Dessa forma, essa intervenção possibilita a revalorização, procurando prevenir e reduzir os sintomas físicos e emocionais apresentados pelo câncer e seus tratamentos, em que o psicólogo deve levar em consideração que cada sessão pode ser visualizada ou considerada como última, por meio da real saúde de seu paciente.

O diagnóstico do câncer ou a simples possibilidade de sua confirmação rompe o equilíbrio individual e familiar e passa a ser visto como um trampolim para a morte, no qual, ao decorrer do tratamento o paciente passa por etapas, apresentando entre elas diversas angústias que são ocasionadas pelas perdas, antes mesmo o diagnóstico da doença, sofre por antecedência, fantasiando possibilidades sem mesmo obter o resultado da biópsia, na qual o seu psicológico é abalado pelo meio em que vive, tornando assim fundamental o acompanhamento psicoterápico (Carvalho, 2003).

A proposta deste trabalho tem por objetivo discutir a importância do psicólogo na vida do paciente oncológico.

2 A PSICOLOGIA HOSPITALAR E SEUS CONTEXTOS DE ACOLHIMENTO

A psicologia e suas origens clínicas foram retratadas por inúmeros contextos ao longo dos tempos. A clínica, cujo significado é a beira do leito, destaca a presença do modelo médico em atuação do trabalho do psicólogo, em que o objetivo é a compreensão e o tratamento da doença. Sendo esse o foco principal, busca o profissional apresentar a sua queixa e espera por uma solução rápida e eficaz do seu mal psíquico, comparando um sofrimento causado por desordem do psicológico

Comentado [U1]: Substituir por psicólogo pois o referente está muito distante e dificulta a sua retomada.

Comentado [U2]: retirar

Comentado [U3]: não seria com letra maiúscula? Não sei a que a expressão se refere. Favor rever!

e do simbólico a doença física que são tratadas por meio de medicamentos como faz o médico (Dutra, 2004).

A psicologia hospitalar, assim como as outras áreas de especialização, da psicologia, possuem inúmeras vertentes e diversos contextos. Silva e Portugal (2011) **apresentam** que o termo de hospitalar teve sua origem nos simpósios e congressos.

Comentado [U4]: Silva e Portugal são dois autores diferentes? Se são o verbo flexiona na 3ª pessoa do plural, ou seja apresentam.

Segundo Pereira (2003), o trabalho realizado pelos psicólogos nos hospitais teve início no Brasil no ano de 1950. Mas, no entanto, um dos maiores marcos realizado pela psicologia se deu no ano de 1954, quando a precursora da psicologia hospitalar Matilde Neder, iniciou suas atividades na clínica ortopédica e traumatologia da Universidade de São Paulo (Silva & Portugal, 2011).

Maia (2006) descreve que a presença do psicólogo dentro de um hospital, foi se sobrepondo à medida que se estabelecia um novo paradigma para a assistência à saúde, em que não atuando propriamente na doença em si, mas por meio de seus trabalhos na escuta, buscando realizar a reestruturação de um equilíbrio que o paciente perdeu por ocasionamento de sua doença.

2.1 O psicólogo na oncologia

Segundo a resolução N° 013/2007, do Conselho Federal de Psicologia (CFP) o psicólogo pode atuar dentro das instituições de saúde buscando realizar a prestação de serviço de níveis secundário e terciário, contudo a atuação desse profissional dentro do ambiente hospitalar possui como **finalidade**, realizar algumas atribuições específicas, sendo elas:

Comentado [U5]: Reirar vírgula

[...] Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem estar físico e emocional do paciente; [...] tendo como sua principal tarefa à avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente à promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental. Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo [...] (p. 21-22).

A atuação do psicólogo na área de oncologia consiste no apoio ao paciente para lidar com esse momento, e, no decorrer desta vivência, trabalhar os fatores

psicológicos e sociais, no desenvolvimento, no tratamento e na reabilitação do indivíduo com câncer e estruturar um corpo de conhecimentos que possa permitir a assistência integral do paciente oncológico e sua família, bem como a formação de profissionais na área da saúde especializados com o seu tratamento, assim, colocando-se em prática os objetivos da Psico-oncologia (Costa Júnior, 2001).

2.2 O acolhimento dos pacientes

O primeiro passo para se descobrir a queixa que traz o paciente até o profissional da saúde, é por meio do acolhimento. Mahfoud (1987) apresenta que o acolher da demanda do paciente que sofre, faz uso de métodos e de tempo limitado, em concordância com a abordagem teórica, que o psicólogo apresenta, mas sempre mantendo o objetivo, que é o de compreender a queixa que o paciente lhe traz.

O acolhimento é uma forma de se realizar os processos de trabalho na saúde, e o psicólogo exerce um papel de grande importância dentro desse contexto, segundo o Ministério da Saúde no manual do acolhedor (Hob, 2007), são atribuições do psicólogo:

- Prestar apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multidisciplinar;
- Realizar as avaliações psicológicas;
- Acompanhar o médico das salas de emergências, no contato com o familiar, numa abordagem transdisciplinar, dentro e fora do horário de visita;
- Identificar riscos e vulnerabilidades;
- Atender o usuário de forma responsável e acolhedora;
- Responsabilizar-se para dar uma resposta pactuada ao problema;
- Participar do horário de visita da sala de emergência, juntamente com o serviço social;
- Participar de discussão interdisciplinar de casos clínicos para a definição de ações terapêuticas;
- Registrar no prontuário eletrônico, informações básicas que forneçam à equipe de saúde uma visão geral do estado psicológico do paciente;
- Atender ao usuário de forma responsável e acolhedora. (p. 11).

De acordo com as atribuições supracitadas, cabe também ao psicólogo participar diariamente dos atendimentos que lhes forem demandados espontaneamente, tanto por parte dos pacientes, familiares ou seus acompanhantes, além de realizar uma busca ativa nas salas de observações.

3 O DIAGNÓSTICO: como contar

Receber o diagnóstico sobre se ter câncer não é fácil tanto para o paciente quanto para seus familiares e a pergunta mais frequente encontrada dentro dessas situações é como contar. Kubler-Ross (1989) expõe que ao longo de toda sua experiência com os pacientes terminais, que a dúvida não deveria ser 'contar ou não contar', mas sim em como contar ao paciente sobre seu diagnóstico.

Kubler-Ross (1996) retrata em seu livro sobre a morte e o morrer, que existem alguns estágios em que o paciente irá passar ao longo de seu tratamento, sendo eles a negação e o isolamento frente à doença, a raiva, a barganha, a depressão e pôr fim a aceitação da mesma.

Diante do cotidiano todos se deparam com o sentimento da negação seja por parte do próprio paciente, ou por parte da família em não aceitar o veredicto da equipe médica, Simoetti (2004) retrata que para muitas pessoas, o único método para lidar com a possibilidade imediata decorrente a doença é a negação.

Kubler-Ross (1996) retrata que negação e o isolamento são o primeiro estágio quando a pessoa recebe a notícia de seu diagnóstico. Essa negação possui inúmeras vezes a finalidade de defesa, ou até mesmo a negação do desconhecido, mas é necessário lembrar-se de que nem sempre a negação assumida aumenta a tristeza do paciente, buscando camuflar o seu medo.

É muito difícil, do ponto de vista da família, lidar com o estágio da raiva. Diversas vezes ambos não conseguem compreender este tipo de reação do paciente. O enfermo neste momento busca camuflar a sua tristeza, o seu sentimento de raiva, revolta e de ressentimento (Mendes, Lutosa, & Andrade, 2009).

Bem como no terceiro estágio do adoecimento a ser enfrentado Kubler- Ross (1996) busca retratar a fase da barganha, lembrando que essa é a menos conhecida das etapas, mas muito útil para o paciente, pois é quando ele passa a ter algumas relações de esperanças sobre a sua doença e crê que Deus possa lhe conceder a cura.

A depressão ocorre quando o paciente em fase terminal, não consegue e nem pode mais negar sua doença, quando o mesmo sofre todo o processo de hospitalização e diversos procedimentos como cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Nessa etapa ele não possui a possibilidade de negar um corpo debilitado, começa a perder sua própria identidade, a abrir mão de seus sonhos e projetos que ele

Comentado [U6]: retirar

possuía para um futuro próximo, desenvolvendo assim, um quadro depressivo (Kubler-Ross, 1996).

A aceitação é um momento para repensar e para seu próprio crescimento, no qual o paciente reconhece a impotência, mas se coloca no lugar de potência.

De acordo com Venâncio (2004), o diagnóstico é vivenciado como um momento de angústia e, por conseguinte, acaba desencadeando preocupações em relação à morte; o paciente vivencia ainda diversas perdas, colocando-se diante da insegurança em relação ao seu futuro, o que pode gerar uma ansiedade ainda maior.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – V) a classificação sobre o que é a depressão refere-se à mesma do transtorno disruptivo da desregulação do humor, onde as características, mas comuns deste transtorno é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas.

O paciente oncológico em depressão é fator considerado comum, pois essa depressão é um fator reacional visualizada como uma consequência que o paciente experimenta desde o diagnóstico, podendo continuar tanto durante o tratamento ou até, em alguns casos, ao seu término, sendo capaz de aumentar assim, a sua magnitude aos sintomas correlacionados à quimioterapia ou radioterapia (Avelar et al., 2006).

O psicólogo deve estar sempre atento ao seu paciente oncológico, procurando detectar os conteúdos envolvidos na queixa que o mesmo lhe apresenta, no sintoma e na patologia, buscando identificar desordens psíquicas que gerem sofrimentos como a ansiedade, depressão, raiva, angústia, estresse e também os mecanismos de defesa negativos que estão começando a surgir, procurando manter o paciente sempre participativo ao processo de seu tratamento (Othero & Costa, 2007).

O psicólogo deve ainda se empenhar para diminuir os efeitos causados pela doença, de forma que facilite a reinserção do paciente na sociedade e a uma rotina, mas próxima possível a que o mesmo tinha antes de seu diagnóstico (Sampaio & Lohr, 2008).

Ferreira (1997) vem apresentar que o foco para se realizar as intervenções psicoterápicas devem ter como base os medos mais frequentes dos pacientes, tais como, sensação de falta e descontrole sobre a própria existência, temor da solidão e

Comentado [U7]: Retirar vírgula

da própria morte, sentimento de impotência e fracasso, além do temor dos efeitos adversos do tratamento oncológico, mas deve-se levar em consideração que o psicólogo não se restringe somente ao paciente, mas também é imprescindível incluir a família no atendimento, uma vez que ela é peça fundamental de apoio no enfrentamento da doença.

As intervenções psicoterápicas é uma forma de se trabalhar com seu paciente a empatia, a escuta acolhedora sendo ela verbal ou não verbal, possibilitando assim que o mesmo possa confrontar seus medos, suas angústias e seus sentimentos em geral (Incontri & Santos, 2007; Kovács, 2005).

4 A FORMA DE LIDAR COM A PERDA DENTRO DO ADOECER

A perda e o luto podem ser manifestadas e identificadas de inúmeras formas, no entanto, Caterina (2008) pontua que a fase do choque e do entorpecimento, pode ter a durabilidade de horas, dias ou semanas, em que podem vir a ocorrer acompanhada das emoções de raiva ou desejo, diante desta fase o paciente se encontra na constante busca da ilusão de que o que se foi perdido irá voltar, possibilitando que o indivíduo fique em frente a frustração do que não ocorrerá.

Ao decorrer de todo o desenvolvimento da doença, o paciente acaba por entrar no estágio da desorganização ou desespero, ou seja, a vida num repente parece ter perdido o sentido. Tudo se desorbita e as perspectivas de entendimento e organização da vida pessoal, começam a sofrer de uma grande desorganização, no entanto é necessário que ocorra a aceitação da doença com intuito de que o enfermo possa aceitar a sua nova condição, a fim de conseguir entrar na fase de maior ou menor organização (Caterina, 2008).

O luto é como uma ferida, estapa em que se necessita de cuidados para que, no decorrer de seu tratamento, o primeiro passo a ser enfrentado é a aceitação de que ela existe e necessita de todo um processo para que ocorra uma melhora (Taverna & Souza, 2014). Contudo não se pode ao certo dizer quando o luto irá começar ou terminar, pois ele é variável, cada indivíduo.

O luto pode ser constituído em um processo complexo e de diversas dimensões sendo que no decorrer do seu curso suas consequências são influenciadas por uma série de componentes tanto físicos, psicológicos e sociais (Silva & Ferreira-Alves, 2012).

5 O REFÚGIO DENTRO DA RELIGIÃO

Existem inúmeras formas para lidar com a condição física e psíquica que o paciente oncológico se encontra. Dentro do adoecimento, diversas estratégias são manipuladas por ele, se encontrando predominantes entre elas a religiosidade e a espiritualidade (Ferreira & Fornazari, 2007).

Dentro do adoecimento, a religiosidade e a espiritualidade aparecem como importantes aliadas para o indivíduo enfermo (Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003). A religião entra como um suporte subjetivo e é uma estratégia de enfrentamento contra a doença e também um suporte social e emocional do indivíduo (Seidl, Tréccolli, & Zannon, 2001). No entanto são as consequências desse enfrentamento, que definem se os resultados refletidos na saúde do paciente irão aparecer de forma positiva ou negativa.

Mas o que seriam esses resultados de enfrentamento para o indivíduo? Koenig, Pargament e Nielsen (1998) identificaram que as estratégias de enfrentamento positivo são aquelas que trazem os resultados melhores na saúde mental do paciente, enquanto as estratégias negativas são aquelas que estão relacionadas com resultados que apontam correlação negativa na vida do mesmo, como por exemplo, a não adesão ao tratamento pelo indivíduo em virtude de acreditar na cura divina.

Quando é referente ao enfrentamento religioso deve distinguir que ele abrange tanto a religiosidade e a espiritualidade, contudo, ambas vão se diferenciar em alguns aspectos, a saber: Quando retratada a religiosidade, ela estará voltada para uma instituição religiosa, pela qual o paciente segue ou pratica uma proposta determinada pela religião (Miller, 1998), enquanto a espiritualidade é definida como característica individual em que se envolvem questões sobre o significado e o propósito da vida, deparando-se muito além da religião e da religiosidade (Sullivan, 1993).

Skinner (1998) retrata que a religiosidade é como uma agência de controle, onde se deriva de uma 'conexão' com o sobrenatural, de forma que o reforço e a punição do indivíduo referente à religiosidade e a espiritualidade estarão interligados no sentido de como o paciente irá vivenciar a sua doença, segundo suas crenças subjetivas.

Para Linard, Silva e Silva (2002) o paciente faz uso da religiosidade como um suporte para conseguir conviver com seu diagnóstico.

5.1 A espiritualidade e a resiliência: até onde a fé pode auxiliar no tratamento oncológico

Uma nova estratégia de enfrentamento do paciente a ser apresentada é a espiritualidade compactuada com a resiliência do indivíduo diante de seu diagnóstico, onde possibilita a ele atribuir significados do seu processo de cura e doença e a sua sobrevivência, apegando-se à fé para que consiga aliviar o seu sofrimento e, assim, conseguir obter mais esperança. Os pacientes vivenciam diversos períodos de descobertas até o tratamento de sua doença, logo, por conseguinte ao diagnóstico os mesmos veem suas vidas tomar rumos diferentes (Guerrero, Zago, Sawada, & Pinto, 2011).

Amaro (2013) relata que a resiliência é a capacidade de o indivíduo enfrentar e superar as dificuldades e adversidades no processo de fortalecimento, podendo se desenvolver uma maior adaptação e flexibilidade em relação ao seu tratamento.

Segundo Salci e Marcon (2011) a resiliência e a fé são os meios que o paciente encontra como uma fonte de apoio para conseguir enfrentar a sua doença, além de ser vista como uma base intermediária para suportar os desafios que o tratamento lhe impõe, deve-se considerar ainda que não é somente o paciente que sofre com o seu adoecimento, mas sim toda a sua família que presencia diretamente ou indiretamente desse impacto emocional juntamente com o adoecido. Por meio dessa estratégia de enfrentamento, o paciente consegue atribuir significados que lhe são impostos ao longo do seu tratamento oncológico.

Um dos pontos primordiais que apresenta maiores dificuldades para o paciente oncológico no decorrer de seu adoecimento são os efeitos colaterais provocados pela quimioterapia e a radioterapia. Entre eles destacamos a diminuição de apetite, a queda de cabelo, a fadiga, a perda de peso, além da dor que o paciente sente dentre vários outros (Muluf, Buzaid, & Virella, 2015).

O câncer quando apresentado em um estado muito avançado pode causar diversas dores, podendo elas ser agudas ou crônicas, inúmeras características podem afetar o equilíbrio mental e físico do paciente adoecido (Costa & Chaves, 2012).

A fé e espiritualidade vêm possibilitar ao paciente uma esperança que aquela fase pela qual ele se encontra irá passar, servindo ainda como um conforto para diversos momentos em sua vida e em seu tratamento (Teixeira & Lefevre, 2008). O suporte que o paciente apresenta frente a sua fé pode acontecer de diversas vivências de suas crenças pessoais e através de práticas que levam ao silêncio, ou um contato mais profundo consigo (Muluf, Buzaid, & Virella, 2015).

Segundo Farris (2005), a psicologia e a espiritualidade podem ser ambas compreendidas, apesar das de suas diversas diferenças fundamentais, como por exemplo, os conceitos diversificados para descrever um processo semelhante de construção e percepção, não sendo, conseqüentemente, inconciliáveis. Contudo, o mesmo assinala que é reponsabilidade do psicólogo o alcance ou não da relação terapêutica com o indivíduo.

6 O OLHAR DO FAMILIAR DO ADOECIDO

Quando se retrata sobre o olhar do psicólogo sob o paciente oncológico é necessário voltar esse mesmo olhar aos familiares. Araújo (2006) em sua obra expõe que a vivência com o familiar adoecido envolve o medo da morte, da perda, da aniquilação tanto física quanto psicológica, quando é somado com a separação física com o familiar doente ocasionado por consequência a seu tratamento de saúde, realizando que se torna de fundamental importância: o acompanhamento do familiar que está acompanhado o paciente diretamente ou indiretamente.

Em virtude ao adoecimento do familiar é necessário mencionar que não é sempre que todos os familiares apresentam uma estrutura psíquica adequada para suportar todo o processo que o indivíduo adoecido remete colaborando, assim, para a instalação de crise no núcleo familiar (Santos, 2001).

Junto ao paciente, a família passa por inúmeras manifestações psíquicas comportamentais, por isso o profissional que auxilia os familiares necessita trabalhar alguns pontos de grande importância com os mesmos tais como: a compreensão do processo da morte, a convivência com as próprias emoções e o luto. Explicar como funciona a doença e a importância da participação e do papel de cada um dentro das fases do adoecimento (Paraíba, 2008).

Kubler-Ross (1996) em sua obra sobre 'Morte e Morrer' propõe que se a família do paciente terminal não for levada em consideração, não se é possível

Comentado [U8]: Consigo e mesmo são a mesma coisa nesse contexto. Retirar mesmo.

ajudá-lo com eficiência. O familiar irá apresentar necessidade desde o início da doença, e permanecerá de distintas formas até a morte do paciente. Por conseguinte os membros familiares devem subdividir suas energias e procurar não se esgotar a ponto de entrar em um colapso quando o enfermo apresentar a necessidade de se sentir autônomo sem o auxílio do próximo para se sustentar firme diante seu adoecimento.

É atribuição do psicólogo coadjuvar o familiar em sua estruturação emocional nesse momento. Ceolin (2008) descreve que o profissional poderá desenvolver com os familiares estratégias de enfrentamento para trabalhar com a situação e o paciente, ajudando o grupo familiar conseguir auxiliar positivamente no tratamento oncológico.

A esperança é a que geralmente persiste com o paciente oncológico desde seu diagnóstico até a fase terminal, passando por todas as fases de sua doença e de seu tratamento. Segundo Kubler-Ross (1996) o que sustenta o indivíduo adoecido psicologicamente durante os dias, meses ou anos é a esperança, o sentimento de que tudo o que passou possui um propósito ou um sentido.

Esse sentimento possibilita aos doentes, o senso de missão especial, que os auxilia a realçar o ânimo e sujeitar-se a mais exames e mais medicamentos quando se torna difícil de lidar (Mendes, Lustosa, & Andrade, 2009).

7 A COGNIÇÃO DO PACIENTE

As cognições do paciente oncológico são medidas pelas informações que se têm sobre a doença, e estas vão influenciar na intensidade das alterações emocionais do indivíduo, assim também como nos seus pensamentos automáticos e nas distorções cognitivas de cada um deles (Remor, 1999).

É necessário ressaltar a importância do psicólogo se adequar e respeitar o tempo e o ritmo do paciente, pois cada um deles irá apresentar qual melhor se encaixa, além disso, é imprescindível que se desenvolva uma boa empatia entre o terapeuta e paciente, sobretudo para se desenvolver o uso das estratégias e técnicas terapêuticas, dentro do acompanhamento psicológico (Miller & Rollnick, 2001).

Perante os principais objetivos terapêuticos, foram escolhidos algumas estratégias eficazes para auxiliar ao paciente a gerar uma resposta saudável

Comentado [U9]: retirar

buscando utilizar os seus mecanismos e comportamentos que possam ser apreendidos ou modificados dentro da atividade terapêutica. É importante ressaltar que também é necessário o terapeuta sempre trabalhar com o indivíduo a prevenção e uma possível recaída no decorrer de seu tratamento (Basso & Wainer, 2011).

Caballo (2003) retrata que o treino de habilidades sociais busca acrescentar e instruir novas habilidades cognitivas, especificamente: o auto monitoramento, as habilidades verbais e, especialmente, as comportamentais. O automonitoramento busca aumentar a capacidade de metacognição, com intuito de que o paciente consiga identificar os seus pensamentos, sentimentos e comportamento devido às suas crenças (Flavell, 1979).

Beck (1997) expõe que a reestruturação cognitiva ocorre quando existe uma cooperação entre paciente e terapeuta, onde possibilita se identificar os pensamentos catastróficos, pensamentos distorcidos, a fim de identificar e compreender outros pensamentos mais adaptativos.

As técnicas cognitivas são utilizadas como um instrumento para auxiliar a identificar os pensamentos disfuncionais dos pacientes pode destacar junto elas: a psicoeducação, a dessensibilização sistemática, a descoberta guiada e o registro de pensamentos disfuncionais (Basso & Wainer, 2011).

O acompanhamento terapêutico pode ocorrer fazendo uso da escuta terapêutica livre e flutuante, sempre levando em consideração a subjetividade do paciente. É necessário que o psicólogo saiba ouvir o seu paciente e compreender a sua demanda.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada à importância de se falar sobre o câncer e de como ele afeta a cada pessoa que está adoecida, torna-se necessário estar sempre em busca de novas fontes de conhecimento, para que assim o psicólogo tenha, mais ciência e percepção de como auxiliar o paciente oncológico, assim como a seus familiares, a vivenciarem esse adoecimento.

Dessa forma, para realização deste Trabalho de Conclusão de Curso foram meses de estudos em busca de conhecimento a cerca do tema, da sua relevância e de sua importância na vida de cada um desses pacientes oncológicos, buscando

sempre compreender a fase que é vivência, para enfrentar e modificar a forma de enxergar o mundo a sua volta, após o câncer.

É imprescindível que o psicólogo auxilie o paciente a vivenciar cada fase de seu adoecimento buscando que ele nunca abandone a sua esperança, mas que entenda que a finitude é algo imprescindível para todos. É preciso repetir a fé de cada paciente, nunca criticar a sua religião e sua espiritualidade. É papel do psicoterapeuta conciliar a crença religiosa do paciente ao seu acompanhamento terapêutico hospitalar.

Levando-se em consideração os aspectos apresentados, percebe-se que é necessário respeitar a subjetividade do ser humano, por mais que existam todas essas teorias, cada paciente vai vivenciar seu adoecimento de forma individual. Devido ao tempo escasso para elaboração desse trabalho e ressaltando a importância do tema desenvolvido, cria-se a necessidade de desenvolver mais estudos relacionados a essa temática.

REFERÊNCIAS

- Alves, G. d., Viana, J. A., & Souza, M. F. (2018). Psico-oncologia: uma aliada no tratamento de câncer. *Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3, 520-537
- Amaro, L. (2013). Resiliência em pacientes com câncer de mama: o sentido da vida como mecanismo de proteção. *Logos & Existência*, 2(2), 147-161.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* (5ª ed) Porto Alegre: Artmed.
- Araújo, T. C. (2006). Câncer Infantil: intervenção, formação e pesquisa em psico-oncologia pediátrica. *Psicologia Hospitalar*, 4(1), 01-12.
- Avelar, A. M., Derchain, S. F., Camargo, C. P., Lourenç, L. S., Sarian, L. O., & Yoshida, A. (2006). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. *Revista de Ciências Médicas*, 15(1), 11-20.
- Basso, L. A., & Wainer, R. (2011). Luto e perdas repentinas: contribuições da terapia cognitivo comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Cognitivas*, 7(1), 35-43.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática.* Porto Alegre: Artmed.

Comentado [U10]: Não teria numeração? A escrita é centralizada mesmo?

Comentado [U11]: Repetir o hífen antes da palavra uma vez que passou para outra linha.

- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. Santos, SP: Livraria Santos.
- Carvalho, M. M. (2003). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Livro Pleno.
- Caterina, M. D. C. (2008). O luto: perdas e rompimento de vínculos. Associação Psicanalítica do Vale do Paraíba, módulo 28(1), 10-25.
- Ceolin, V. E. S. (2008). A família frente ao diagnóstico do câncer. In C.F.M. Hart. *Câncer: uma abordagem psicológica*. (pp. 118-128). Porto Alegre: AGE.
- Costa Júnior, Á. (2001). O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 01-07.
- Costa, A. I. S., & Chaves, M. D. (2012). Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. *Revista Dor*, 13(1), 45-49.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudo de Psicologia (Natal)*, 9(2), 381-387.
- Farris, J. R. (2005). Aconselhamento psicológico e espiritualidade. In M. M. AmatuZZi (Org.), *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus. 161-172.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911.
- Fleck, M. P., Borges, Z. N., Bolognesi, G., & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455.
- Ferreira, P. E. (1997). Alguns pacientes especiais no hospital geral: o paciente oncológico. *Cad IPUB*. 6, 143-54.
- Ferreira, R. E. R., & Fornazari, S. A. (2007). *A influência da fé na qualidade de vida em pacientes oncológicos*. Relatório Final de Trabalho de Conclusão de Curso graduação em , Universidade Paulista, Assis
- Gimenes, M. G. (1997). *A mulher e o câncer*. São Paulo: Editorial Psy.
- Guerrero, G. P., Zago, M. M., Sawada, N. O., & Pinto, M. H. (2011). Relação entre a espiritualidade e o câncer: perspectiva do paciente. *Revista brasileira de enfermagem*, 64(1), 53-59.
- Incontri, D., & Santos, F. S. (2007). *A arte de morrer: visões plurais*. São Paulo: Comenius.
- Jaramilo, I. F. (2006). *Morrer Bem*. São Paulo: Planeta.

- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious Coping and Health Status in Medically Ill Hospitalized Older Adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (9), 513-521.
- Kovács, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25(3), 484-497.
- Kubler-Ross, E. (1989). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Summus.
- Kubler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes*, (7a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Linard, A. G., Silva, F. A., & Silva, R. M. (2002). Mulheres submetidas ao tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(4), 493-498.
- Mahfoud, M. (1987). A vivência de um desafio: plantão psicológico. In R. L. Rosenberg (Org.), *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. (pp. 75-83). São Paulo: EPU.
- Maia, S. M. (2006). *A interconsulta psicológica no hospital geral: uma demanda institucional*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Minas Gerais, Mestrado em Psicologia, Belo Horizonte.
- Mendes, J. A., Lustosa, M. A., & Andrade, M. C. (2009). Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Revista SBPH*, 12(1), 151-173.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2001). *A Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artmed.
- Miller, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, 93(7), 979-990.
- Ministério da Saúde (2004). *HumanizaSUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Muluf, F. B. (03 de Setembro de 2013). *Espiritualidade e auto-cuidado*. Acesso em 15 de Março de 2018, disponível em Instituto vencer o câncer: <https://www.vencerocancer.org.br/cancer/atitudes-contra-o-cancer/espiritualidade-e-autocuidado>
- Oliveira, T. M. (2001). *O psicanalista diante a morte*. São Paulo: Mackenzie.
- Othero, M. B., & Costa, D. G. (2007). Propostas desenvolvidas em cuidados paliativos em um hospital amparador – terapia ocupacional e psicologia. *Revista prática Hospitalar*, 52, 157-160.
- Paraíba M. (2008). *Câncer: uma abordagem psicológica*. Porto Alegre: Age.

- Pereira, F. M. (2003). *A inserção do Psicólogo no hospital geral: a construção de uma nova especialidade*. Dissertação de Mestrado em História das Ciências da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Porto, A. O. (2004). *Pacientes oncológicos: respostas emocionais frente à doença*. Monografia de Graduação em Psicologia, Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa.
- Remor, E. A. (1999). Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 01-12.
- Resolução Nº 013, de 14 de setembro de 2007. (2007). *Brasil, Conselho Federal de Psicologia*. Recuperado em 03 de Março, de 2018.
- Salci, M. A., & Marcon, S. S. (2011). Enfrentamento do câncer em família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(1), 178-186.
- Sampaio, A. S.; Löhr, S. S. (2008). Atuação em casas de apoio: pensando o papel da psicologia e construindo novos caminhos. *RUBS*, 1 (3), 52-60.
- Santos, C. T., & Sebastiani, R. W. (2001). *Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doenças crônicas*. (pp.147-175). São Paulo: Pioneira.
- Schávelzon, J. (1992). Psicossomática e o Câncer. In: J. Melo Filho, & M. Burd, *Psicossomática hoje* (1a ed., pp. 296-309). São Paulo: Artmed.
- Silva, M. D., & Ferreira-Alves, J. (2012). O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 588-595.
- Silva, A. P., & Portugal, F. T. (2011). Psicologia no contexto Hospitalar segundo o Conselho Federal de Psicologia. *Revista Integrativa em Saúde e Educação*, 2, 01-16.
- Seidl, E. M., Tréccolil, B. T., & Zannon, C. M. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234
- Skinner, B. F. (1998). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov e R. Azzi, Trads.). São Paulo: Martins Fontes.
- Simoetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença* (1a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sullivan, W. P. (1993). It helps me to be a whole person: the role of spirituality among the mentally challenged. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(3),125-134.
- Taverna, G., & Souza, W. (2014). O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento. *Caderno Teológico da PUCPR*, 2(2), 38-55.

Teixeira, J. J. V., & Lefevre, F. (2008). Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciênc. saúde coletiva*, 13(4), 1247-1256.

Venâncio, J. L. (2004). Importância do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira Cancerologia*, 50(1), 55-63.

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA**Autor Orientando:**

Laura Eloíza Braga Silva

Rua: Antônio de Souza, N° 593, Bairro: Bela Vista – Lagoa Formosa.

(34) 9.9298-5190

eloiza.laura@outlook.com

Autor Orientador:

Cássia Angélica Nogueira Barbosa

Avenida JK, N° 1200, Bairro: Cidade Nova – Patos de Minas, Bloco 3^a.

(34) 3818-2300

cassia-psico@hotmail.com

Comentado [U12]: Não seria 3°

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, condicionada à citação da fonte.

Comentado [U13]: Justificar o texto

Patos de Minas, 29 de Novembro de 2018

Comentado [U14]: Colocar data e ponto final após 2018.

Laura Eloiza Braga Silva

Cássia Angélica Nogueira Barbosa



FACULDADE PATOS DE MINAS



FACULDADE PATOS DE MINAS

Mantenedora – Associação Educacional de Patos de Minas

Portaria de Recredenciamento MEC – DOU N°. 1469 de 10 de Outubro de 2011.

Departamento de Graduação em Psicologia

Curso de Bacharelado em Psicologia

(Formação de Psicólogo)

Curso Reconhecido pela Portaria DIREG/MEC N°. 371 de 30/08/2011, renovado Reconhecimento de Curso pela Portaria DIREG/ME N°. 267 de 03/04/2017, publicado DOU em 04/04/2017, n°. 65, sessão 1, pág. 70-81

“Como Psicólogo, eu me comprometo a colocar minha profissão a serviço da sociedade brasileira, pautando meu trabalho nos princípios da qualidade técnica e do rigor ético. Por meio do meu exercício profissional, contribuirei para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão na direção das demandas da sociedade, promovendo saúde e qualidade de vida de cada sujeito e de todos os cidadãos e instituições.”

(Juramento do Psicólogo – Conselho Federal de Psicologia)