

# DESAFIOS

ENFRENTADOS NA OFERTA  
DE **APOIO PSICOSSOCIAL**  
ADEQUADO PARA  
**PACIENTES ONCOLÓGICOS**

---

E SUAS FAMÍLIAS DURANTE  
A HOSPITALIZAÇÃO

FACMAIS 

Ano 2024

# DESAFIOS

ENFRENTADOS NA OFERTA  
DE **APOIO PSICOSSOCIAL**  
ADEQUADO PARA  
**PACIENTES ONCOLÓGICOS**

---

E SUAS FAMÍLIAS DURANTE  
A HOSPITALIZAÇÃO

## ORGANIZADORAS:

**Carla Cristina da Silva;**  
**Débora Kamyllle Silva Santos;**  
**Giovanna Lissa Ribeiro de Souza;**  
**Isabele Moraes Silva;**  
**Layla Miella Silva;**  
**Leticia Siqueira Nascimento;**  
**Lorena Angélica de Oliveira Freitas;**  
**Nívea Fernandes de Lima;**  
**Sarah Rissi Rosa de Paula.**

## DOCENTE E REVISORA:

\* Fernanda Cubas de Paula Costa.  
(Mestre em Psicologia da Saúde).



Ano 2024

**RESUMO:**

Considerando o aumento do número de novos casos de câncer no Brasil e reconhecendo o momento do diagnóstico como um momento de crise, naturalmente vivenciado de forma conturbada, pois evoca pensamentos sobre a morte e provoca reações emocionais que podem interferir no equilíbrio e no equilíbrio do paciente bem-estar, onde o paciente pode se deparar com pensamentos e sentimentos de inutilidade, como medo, depressão, o presente estudo tem como objetivo demonstrar o papel da psicologia hospitalar e do psicólogo hospitalar que pode, como profissional preparado e dedicado a minimizar, apoiar o paciente, ajudá-lo a enfrentar o nova rotina, a vivência do tratamento e do enfrentamento da doença, não como um sentimento de finitude, mas como um momento de enfrentamento da realidade, gerenciando sentimentos e emoções para buscar qualidade de vida, seja até a cura, seja até a resultado final, a morte. A assistência e acompanhamento terapêutico visa minimizar reações, sentimentos e ações ou omissões que possam prejudicar o tratamento do paciente, desde o diagnóstico e durante o curso do tratamento, proporcionando melhor qualidade de vida e interação entre o paciente, família e a equipe de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** COGNIÇÕES – CÂNCER – SENTIMENTO.

**ABSTRACT:**

Considering the increase in the number of new cases of cancer in Brazil and recognizing the moment of diagnosis as a moment of crisis, naturally experienced in a troubled way, as it evokes thoughts about death and provokes emotional reactions that can interfere with the patient's balance and well-being, where the patient may be faced with thoughts and feelings of worthlessness, such as fear, depression, the present study aims to demonstrate the role of hospital psychology and the hospital psychologist who can, as a professional prepared and dedicated to minimize, support the patient, help them him to face the new routine, the experience of treatment and coping with the disease, not as a feeling of finitude, but as a moment of facing reality, managing feelings and emotions in order to seek quality of life, be it until a cure, be it until the final outcome, death. Therapeutic assistance and monitoring aims to minimize reactions, feelings and actions or omissions that may harm the patient's treatment, from the diagnosis and during the course of treatment, providing a better quality of life and interaction between the patient. , the family and the healthcare team.

**KEYWORDS:** COGNITIONS – CANCER – FEELING.

*Os desafios enfrentados na oferta de apoio psicossocial adequado para pacientes oncológicos e suas famílias durante a hospitalização.*

**Formato de e-book. Distribuição gratuita.**

**Ituiutaba-MG  
2024**

## SUMÁRIO

1.	Introdução .....	6 – 7
2.	Psicologia e Psicologia Psicossocial .....	7 – 9
2.1.	O papel do Psicólogo Hospitalar .....	9 – 11
3.	Câncer .....	11
3.1.	Conceito .....	11
3.2.	Breve histórico do reconhecimento da doença no cenário médico.....	11 – 12
3.3.	O cenário atual do câncer .....	12 – 13
3.4.	Fatores relacionados ao aparecimento do câncer .....	13
3.5.	Métodos de prevenção o do câncer em geral .....	13
4.	O paciente oncológico .....	13 – 14
4.1.	A trajetória do paciente frente às primeiras suspeitas e aos desafios da doença..	14
4.2.	O diagnóstico .....	14 - 15
4.2.1	Revelação do diagnóstico.....	15
4.2.2.	O impacto da revelação do diagnóstico para o paciente.....	15 - 18
4.2.3.	A reação do paciente.....	19 - 20
4.2.4.	A reação dos familiares, parentes e pessoas próximas .....	21 - 22
5.	A realidade da vivência da doença .....	22 – 23
5.1.	Consequências emocionais da doença .....	23 - 24
6.	O Paciente oncológico e psicólogo: interação, vínculo e apoio profissional .....	24 – 25
6.1.	O psicólogo e sua atuação na área oncológica .....	25
6.2.	A primeira visita: apresentação do profissional e apoio nas etapas da doença ....	25
6.3.	A escuta terapêutica e identificação dos sintomas emocionais e pontos sensíveis do paciente.....	25 – 26
6.4.	Abordagem do psicólogo no cuidado ao paciente e colaboração com a equipe de saúde .....	26
	<b>Conclusão</b> .....	26 - 27
	<b>Referências</b> .....	27 – 28

## 1. INTRODUÇÃO

O aumento do número de novos casos de câncer no Brasil e no mundo é uma realidade, bem como também o é o impacto que o diagnóstico acomete o paciente quando isso lhe é revelado, iniciando-se uma nova fase na vida desse, dos familiares e pessoas próximas.

O presente estudo tem a finalidade de apresentar e analisar o que o psicólogo hospitalar e a intervenção terapêutica, através de uso de estratégias e técnicas com o objetivo de trabalhar as cognições disfuncionais acerca da doença, pensamentos e sentimentos desencadeados a partir do diagnóstico, que estejam influenciando o estado emocional do paciente e, contribuindo para um agravamento do quadro, possa ser minimizado, ajudando no tratamento de forma interativa com a demais equipe de tratamento.

Ao investigar acerca de uma possível relação existente entre a crença que o paciente tem da doença e os sentimentos vivenciados por ele a partir do diagnóstico e de como a prática interventiva junto ao paciente, principalmente no momento do diagnóstico, bem como no decorrer do tratamento proporciona de forma eficaz ao doente uma maior adaptação à situação vivenciada, adaptação esta que poderá reduzir significativamente o impacto psicológico do diagnóstico sobre o indivíduo, ou seja, reduzir a resposta emocional apresentada sob a forma, muitas vezes, de um transtorno emocional, tendo como consequência a observância da importância da atuação do psicólogo, no momento do diagnóstico e no decorrer do tratamento, como forma de minimizar as reações negativas provenientes do diagnóstico, que na maioria das vezes é recebido como um momento de angústia e ansiedade, pelo motivo da doença ser rotulada como dolorosa e mortal, conseqüentemente, desencadeando preocupações em relação à morte.

Para tanto, partiu-se de um estudo bibliográfico, dividido em tópicos, onde buscou-se conceituar e identificar o que é a psicologia, a psicologia hospitalar, quem é o psicólogo hospitalar e sua função dentro da equipe de saúde no tratamento ao paciente oncológico.

Conceituar o câncer, seu surgimento como doença, e sua evolução histórica no mundo e dentro da medicina, até a realidade do seu grande avanço contemporâneo, em especial no Brasil. Também as possíveis causas e fatores que são apontadas como sendo relacionados ao surgimento e crescimento da doença, e os métodos de prevenção divulgados pela área da saúde e setores públicos afins.

A partir desses conceitos e informações, o estudo dedicou-se a analisar o paciente de forma mais acurada, adentrando na trajetória dolorida, desde os primeiros sintomas, até o diagnóstico, a forma e nos impactos dos novos desafios, reações, sentimentos, a vivência do dia a dia com a nova

rotina hospitalar, o tratamento e os efeitos físicos e emocionais que o mesmo proporciona, bem como o convívio com vários profissionais da saúde dentro das unidades de saúde e com outros pacientes.

No momento do diagnóstico e ao longo do tratamento, o trabalho demonstra que o paciente vivencia perdas e diversos sintomas que, além de acarretar prejuízos ao organismo, coloca-o diante da incerteza em relação ao futuro, aumentando assim sua ansiedade, momento em que o psicólogo hospitalar na área da oncologia se torna uma pessoa de extrema importância para a vivência da escuta do paciente e familiares permitindo que ele fale da doença, dos medos e tantos outros sentimentos vivenciados em virtude do seu estado de saúde, ou de quaisquer outros temas que o paciente julgar importantes para ajudá-lo a um melhor enfrentamento da doença e a uma melhor qualidade de vida. Ademais, o psicólogo é um elo de ligação que inspira confiança, eficiência e bem-estar entre o paciente, a família e a demais equipe médica, melhorando o tratamento como um todo.

## **2. PSICOLOGIA E PSICOLOGIA PSICOSSOCIAL**

O estudo da Psicologia tem raízes profundas na Antiguidade, remontando a cerca de 500 a.C., com os pensamentos de filósofos como Sócrates (470-399 a.C.), Platão (427-347 a.C.), Aristóteles (384-322 a.C.) e Hipócrates (460-370 a.C.) (ARAÚJO, 2021). No entanto, a consolidação da Psicologia como ciência ocorreu apenas no século XIX, com o trabalho de pioneiros como Wilhelm Wundt (1832-1920) e William James (1842-1920), que estabeleceram os primeiros laboratórios experimentais e publicaram obras fundamentais para o entendimento das emoções e comportamentos humanos (SCHULTZ & SCHULTZ, 2016). A partir de então, diversas correntes teóricas surgiram, incluindo o behaviorismo, a psicanálise, a psicologia cognitiva e a psicologia humanista, cada uma com suas abordagens específicas para compreender os fenômenos psíquicos, entre elas, a Psicologia Psicossocial.

A Psicologia Psicossocial surgiu a partir da interrelação entre a Psicologia com as Ciências Sociais. O foco desta área é estudar como o comportamento e as experiências humanas são moldados por interações sociais e contextos socioculturais. Em vez de concentrar-se exclusivamente no indivíduo de maneira isolada, como ocorre em algumas vertentes tradicionais da psicologia, a psicologia psicossocial enfatiza a relação entre o sujeito e a influência do meio. Ao longo do século XX, o desenvolvimento da psicologia psicossocial foi fortemente influenciado pela crítica à visão reducionista da psicologia individualista. Essa crítica destacava a necessidade de incluir fatores como

classe social, cultura, economia e política na análise do comportamento humano. Essa perspectiva é fortemente influenciada pelas obras de pensadores como Henri Tajfel (1919-1982) com a noção de Identidade Social, Kurt Lewin (1980-1947), com sua Teoria de Campo, Serge Moscovici (1925-2014) através das representações sociais e outros teóricos (SILVA, 2019). Esses teóricos mostraram como as representações sociais – ideias, crenças e valores partilhados por um grupo – influenciam profundamente as percepções e comportamentos individuais, e como a identidade social molda as relações de poder, preconceito e pertencimento em grupos.

A psicologia psicossocial busca, portanto, integrar uma abordagem mais contextualizada do comportamento, reconhecendo que os indivíduos não são entidades isoladas, mas sim profundamente interconectados com o meio social e suas dinâmicas. Esse campo tem relevância prática para áreas como políticas públicas, saúde mental comunitária, educação e resolução de conflitos, uma vez que promove uma compreensão mais holística dos fenômenos humanos.

No Brasil, a Psicologia Social ou Psicossocial surgiu em meados da década de 1970, como resposta aos movimentos de ebulição crítico-social que ocorriam nas instituições da época. A sociedade que restou no pós-guerra levantou diversos questionamentos sobre a legitimidade da autoridade científica estrangeira para postular os melhores métodos do trato social, sobretudo no Brasil, considerando que, a perspectiva americanista era pautada pelo método positivista, biologicista e individualista. Houve então a chamada “crise de referência”, que colocou em questão os métodos e abordagens utilizados nas instituições brasileiras, em especial, hospitalares, prisionais e psiquiátricas (CORDEIRO & SPINK, 2018). A crise de referência afetou a Psicologia Social que abandonou a metodologia cognitivo-experimental dos Estados Unidos e passou a adotar uma abordagem crítica histórico-materialista sobre as instituições (SILVA, 2019). Essa perspectiva trouxe um olhar do psicólogo social enquanto agente de transformação do meio e não apenas um profissional passivo ou modelador dos fenômenos de modo arbitrário.

Essa transformação da psicologia social trouxe novas demandas, bem como novas metodologias e formas de fazer psicologia, introduzindo a ciência psicológica em diversos setores e instituições, um dos setores contemplados pelas novas metodologias foi a área hospitalar, através da abordagem da Psicologia Hospitalar.

A Psicologia Hospitalar no Brasil começou a se consolidar antes mesmo de 1970, nas décadas de 1950 e 1960, quando a psicologia clínica estava mais estabelecida no país. Os primeiros profissionais da área atuavam nos hospitais, mas com um foco voltado principalmente para o apoio diagnóstico e avaliação psicológica, não havendo ainda uma prática sistematizada de atendimento aos pacientes internados.



A regulamentação da profissão de psicólogo, ocorrida em 1962 com a promulgação da Lei nº 4.119, foi um marco importante para o desenvolvimento de diferentes especialidades da Psicologia, incluindo a Psicologia Hospitalar (BRASIL, 1962).

## **2.1. O PAPEL DO PSICÓLOGO HOSPITALAR**

Durante a década de 1970, a prática da Psicologia Hospitalar começou a se expandir com o avanço da abordagem psicossomática, que entende a interação entre mente e corpo no processo de adoecimento. Psicólogos passaram a ser inseridos de forma mais ativa em equipes de saúde para trabalhar diretamente com o impacto emocional e psicológico de doenças crônicas e agudas. Naquele momento, a atuação do psicólogo em hospitais ainda era voltada principalmente para o apoio psicológico pontual, sem uma abordagem contínua ou integrativa. Contudo, era um período de conscientização sobre a importância de considerar os aspectos emocionais no tratamento de pacientes hospitalizados (SCHULTZ & SCHULTZ, 2016).

Nos anos 1980, a Psicologia Hospitalar começou a ser formalmente reconhecida como uma especialidade, com a criação de serviços de psicologia em diversos hospitais de grande porte no Brasil, especialmente em São Paulo e Rio de Janeiro. Nessa época, psicólogos começaram a trabalhar com equipes multiprofissionais, integrando o atendimento psicológico ao tratamento clínico de pacientes, com ênfase na humanização dos cuidados. Em 1984, a Associação de Psicologia Hospitalar foi criada no Brasil, e a partir daí começou-se a trabalhar mais fortemente na consolidação da área como uma especialidade com práticas sistematizadas e pesquisas voltadas para a integração do atendimento psicológico em ambientes hospitalares. A área passou a ser reconhecida como especialidade em 2001 e, em 2007 foi regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 13/2007. Esta Resolução veio reafirmar anos de empreendedorismo e engajamento de Psicólogos nos hospitais e defender as peculiaridades da atuação nesse ambiente, possibilitando, desse modo, o surgimento de cursos de formação e especialização e maior produção acadêmica e pesquisa, abordando temas como a dor, o sofrimento, a morte, os cuidados paliativos e o acompanhamento psicológico de pacientes e suas famílias durante o tratamento de doenças graves (CRP-PR, 2016).

Atualmente a Psicologia Hospitalar é uma área consolidada e em expansão, presente em hospitais gerais, hospitais especializados, UTI's e serviços de cuidados paliativos. Ela também se expandiu para áreas como oncologia, cardiologia, transplantes, entre outras. Os psicólogos hospitalares não apenas trabalham com o apoio psicológico a pacientes, mas também atuam em

questões relacionadas à equipe de saúde, ajudando a promover um ambiente de cuidado mais humano e integrado (TRUCHARTE, et. al. 2003).

O papel do psicólogo no ambiente hospitalar é multifacetado e abrange diversas funções que visam o bem-estar psicológico de pacientes, familiares e da equipe de saúde. Ele atua em contextos complexos, que exigem suporte emocional e compreensão do impacto psicológico das doenças no ambiente hospitalar. Desse modo, uma das funções do psicólogo é atuar como psicoterapeuta, auxiliando os pacientes a lidarem com o estresse, a ansiedade, a angústia e outras demandas de ordem emocional que possam surgir em situações de internação, diagnóstico de doenças graves, tratamentos prolongados ou mesmo terminais, elaborando estratégias de enfrentamento e promoção de cuidado (CRP-PR, 2016).

No entanto, o trabalho do psicólogo hospitalar vai além de psicoterapia, que é realizada para favorecer a capacidade de autodeterminação frente à experiência de adoecimento (BRANCO, et al, 2023), ele também atua em conjunto aos familiares dos pacientes em situação de internação, dando suporte para lidar com o sofrimento, com o medo da perda, com o luto e outras questões que surgirem ao longo do processo de acompanhamento. O psicólogo age para facilitar o entendimento e a aceitação do processo de adoecimento e tratamento. Além disso, o psicólogo hospitalar também atua junto à equipe multiprofissional de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) com o intuito de promover um ambiente de trabalho saudável e colaborativo, auxiliando na humanização do atendimento (TRUCHARTE et. al. 2003). Ele também oferece suporte psicológico aos profissionais, que estão frequentemente expostos ao estresse, ao desgaste emocional e às demandas intensas do ambiente hospitalar.

Diferentemente do set terapêutico da clínica, onde o psicólogo atua atendendo de forma relativamente controlada, o ambiente hospitalar exige uma postura mais flexível do profissional, que deve atuar com vistas a promover práticas de humanização na instituição, ajudando a criar um espaço mais acolhedor e respeitoso para pacientes e seus familiares, incluindo uma comunicação mais empática e o desenvolvimento de estratégias que favoreçam o atendimento centrado no paciente.

Por fim, uma das principais funções do psicólogo hospitalar são integrar as unidades de cuidados paliativos, auxiliando pacientes e familiares a lidarem com a terminalidade, o luto antecipatório e as questões emocionais que surgem no final da vida. Ele auxilia no enfrentamento de questões existenciais e promove a dignidade e qualidade de vida até o momento da morte (TRUCHARTE et. al. 2003). Essas e outras funções englobam o universo multidisciplinar do psicólogo hospitalar e exigem uma postura sempre ética e aberta para o cuidado sensível e humanizado com o outro.

Por outro lado, quando o contexto envolve pacientes oncológicos, o papel do psicólogo hospitalar adquire características específicas que ampliam os desafios dessa atuação. O câncer, comumente associado a estigmas, incertezas e intenso sofrimento emocional, exige do psicólogo habilidades ainda mais refinadas para oferecer apoio psicossocial adequado. Neste cenário, a atuação vai além do acompanhamento individual, abrangendo também o fortalecimento de vínculos familiares, a mediação de conflitos emocionais decorrentes do diagnóstico e o preparo psicológico para as diferentes fases do tratamento, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e cuidados paliativos. A abordagem humanizada e empática torna-se imprescindível para lidar com a complexidade das demandas dessa população (SANTOS et al. 2023).

### **3. CÂNCER**

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células. Dividindo-se rapidamente estas células agrupam-se formando tumores que invadem tecidos e podem invadir órgãos vizinhos e até distantes da origem do tumor (Metástases).

#### **3.1. CONCEITO**

O câncer é causado por mutações, que são alterações da estrutura genética (DNA) das células. Cada célula sadia possui instruções de como devem crescer e se dividir. Na presença de qualquer erro nestas instruções (mutação) pode surgir uma célula doente que, ao se proliferar, causará o câncer

#### **3.2. BREVE HISTÓRICO DO RECONHECIMENTO DA DOENÇA NO CENÁRIO MÉDICO**

O reconhecimento do câncer no cenário médico remonta a milhares de anos, mas o progresso no diagnóstico e tratamento foi acontecendo de forma gradual. A palavra "câncer" tem origem no grego "karkinos", que significa "caranguejo". Hipócrates utilizou esse termo no século V a.C. para descrever tumores que, ao se espalharem, lembravam as patas de um caranguejo.

Na Antiguidade e Idade Média, o entendimento sobre o câncer era muito limitado. Acreditava-se que a doença estava relacionada a desequilíbrios nos fluidos corporais, uma visão baseada na

famosa "teoria dos humores" de Hipócrates e Galeno. Tratamentos invasivos eram raramente eficazes, e a doença era muitas vezes vista como uma sentença de morte.

Foi somente no século XVIII que ocorreram os primeiros avanços significativos, como a defesa de Jean-Louis Petit, um cirurgião francês, pela remoção cirúrgica de tumores. Já no século XIX, com a invenção do microscópio, os médicos puderam estudar tecidos doentes com maior precisão, o que levou à identificação das células cancerígenas. Em 1895, a descoberta dos raios-X por Wilhelm Roentgen inaugurou uma nova era para o diagnóstico da doença.

No século XX, grandes avanços foram alcançados no tratamento do câncer. A descoberta da quimioterapia, o uso da radiação como forma de terapia e o desenvolvimento de exames de rastreamento, como a mamografia, revolucionaram o combate à doença. Nessa época, o câncer começou a ser compreendido como uma doença genética, com a identificação de mutações específicas em genes que promovem o desenvolvimento de tumores.

### **3.3. O CENÁRIO ATUAL DO CÂNCER**

Atualmente, o câncer é uma das doenças mais estudadas pela ciência médica, com o foco cada vez maior na biologia molecular e genética para desenvolver terapias mais eficazes. As imunoterapias e os tratamentos personalizados têm mostrado resultados promissores, melhorando significativamente as taxas de sobrevivência e a qualidade de vida dos pacientes.

No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a previsão é que, entre 2023 e 2025, o país tenha cerca de 704 mil novos casos de câncer a cada ano. As regiões Sul e Sudeste serão responsáveis por aproximadamente 70% desses casos, segundo dados da publicação Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil. Os tipos de câncer mais frequentes no Brasil serão o de pele não melanoma, que representa 31,3% dos casos, seguido pelo câncer de mama em mulheres (10,5%), próstata em homens (10,2%), cólon e reto (6,5%), pulmão (4,6%) e estômago (3,1%).

O câncer de próstata continuará sendo o tipo mais comum entre os homens, com cerca de 72 mil novos casos anuais, especialmente nas regiões Sul e Sudeste. Já entre as mulheres, o câncer de mama será o mais incidente, com 74 mil novos diagnósticos anuais previstos. Nas regiões Norte e Nordeste, o câncer de próstata, mama e colo do útero serão os mais comuns.

A publicação do INCA também incluiu pela primeira vez os cânceres de fígado e pâncreas, devido ao aumento da sua relevância em algumas regiões brasileiras e à crescente incidência global. O câncer de fígado é particularmente frequente na região Norte, muitas vezes relacionado a infecções

hepáticas e doenças crônicas, enquanto o câncer de pâncreas apresenta maior incidência na região Sul, associado ao tabagismo e à obesidade.

A Estimativa 2023 é uma ferramenta essencial para o planejamento de políticas públicas de saúde, ajudando a orientar estratégias de controle e prevenção do câncer no Brasil.

### **3.4. FATORES RELACIONADOS AO APARECIMENTO DO CÂNCER**

Diversos fatores podem contribuir para o risco de desenvolvimento do câncer. Entre eles estão a exposição a substâncias carcinogênicas, como o tabaco e certos produtos químicos, a radiação, infecções por certos vírus e bactérias, além de predisposições genéticas herdadas de pais para filhos. O estilo de vida também desempenha um papel crucial, como dietas inadequadas, falta de atividades físicas e consumo excessivo de álcool sendo reconhecidos como fatores de risco.

### **3.5. MÉTODOS DE PREVENÇÃO DO CÂNCER EM GERAL**

A prevenção do câncer envolve uma série de medidas e hábitos que podem reduzir significadamente o risco de desenvolver a doença. São escolhas de estilo de vida saudáveis, como: não fumar, ter uma alimentação saudável, praticar atividade física, controlar o peso, evitar excesso no consumo de bebidas alcóolicas, usar protetor solar, evitar exposição ao sol, vacinar contra HPV e Hepatite B, fazer exames de rotina (checkup), evitar exposição a substâncias cancerígenas, se for mãe amamentar seu filho.

## **4. O PACIENTE ONCOLÓGICO**

Um paciente oncológico é alguém que está recebendo tratamento para algum tipo de câncer. As abordagens terapêuticas podem incluir quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e imunoterapia. Além do cuidado físico, é essencial que o paciente receba suporte emocional e psicológico para enfrentar os desafios que a doença pode trazer.

O papel do psicólogo é fundamental, auxiliando no manejo da dor e do estresse, na tomada de decisões, na preparação para procedimentos médicos e na melhoria da qualidade de vida. A trajetória do paciente começa com a incerteza e ansiedade das primeiras suspeitas, seguido pelo choque emocional do diagnóstico e sentimentos de negação, raiva e tristeza, até chegar à aceitação.

Com o diagnóstico confirmado, o paciente enfrenta os desafios dos tratamentos intensivos, que trazem efeitos colaterais físicos e emocionais, como fadiga, dor e alterações na imagem corporal. Neste momento, o suporte emocional se torna crucial, ajudando o paciente a lidar com o estresse e ansiedade.

#### **4.1. A TRAJETÓRIA DO PACIENTE ONCOLÓGICO**

Além disso, o paciente oncológico enfrenta desafios sociais, como o impacto do tratamento na rotina diária e nas relações familiares. As frequentes idas ao hospital e as limitações nas atividades diárias podem levar a sentimentos de isolamento e depressão. O psicólogo auxilia na manutenção de um senso de normalidade e conexão social durante todo o processo.

Durante o tratamento, o paciente pode experimentar momentos de esperança e otimismo, especialmente quando os resultados são positivos. Contudo, a jornada é uma montanha-russa emocional, repleta de altos e baixos. O apoio contínuo da equipe de saúde, incluindo o suporte psicológico, é essencial para uma vivência equilibrada.

Para alguns, o término do tratamento traz remissão e a possibilidade de retomar uma vida normal, ainda que acompanhada da preocupação com uma possível recidiva. Para outros, o câncer pode se tornar uma condição crônica, exigindo cuidados paliativos focados na qualidade de vida. Em ambos os casos, a resiliência do paciente, apoiada por uma rede sólida de suporte emocional e psicológico, é fundamental para enfrentar os desafios contínuos.

#### **4.2. O DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico de um paciente oncológico quando é designado ocorre diversas etapas para que possa ser estudada a etapa que paciente está no seu estágio tá doença. Logo após ocorre, ocorre anamnese e os exames físicos que serão necessários para que o médico descubra os sintomas que o paciente vem sentindo constantemente e também se pode vim ocorrer algum sinal de alteração.

Durante esse processo o paciente passará por sessões de exames de laboratório como hemograma exame de urina e marcadores Tumoriais (proteínas no sangue). Logo após também vai ocorrer exames como radiografia tomografia computadorizada e também ultrassonografia e ressonância magnética logo em seguida vai vim ocorrer também outros exames como biópsia que Analisa os tecidos e as glândulas e células do corpo então logo em seguida desses exames vai ocorrer

um exame microscópico que ocorrerá para mostrar células cancerígenas. Após uma avaliação de extensão da doença que será analisado (tumor, nódulos linfáticos, Metástase).

Após será realizado o diagnóstico molecular onde será analisado a análise da genética onde será estudado se pode vir ocorrer mutações específicas durante o processo. após a realização do diagnóstico molecular vai ocorrer uma avaliação multidisciplinar onde ocorre a reunião de especialistas

( oncologistas cirurgiões e radioterapeutas) para discutir o processo do tratamento para assim o processo do tratamento seja eficaz e proativo e o máximo possível respeitoso e cuidadoso com o paciente.

#### **4.2.1. REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO**

A revelação do diagnóstico é um momento crítico onde o profissional da saúde deverá ser totalmente profissional e racional ao contar ao seu paciente o que está ocorrendo com ele e Como será daqui para frente o seu processo de tratamento para a revelação do diagnóstico de uma forma totalmente inclusiva e acolhedora para que isso venha ocorrer é necessário que o médico ou outro profissional da Saúde seja totalmente comunicativo no que vai comunicar então é necessário antes de contar para o paciente conversar com a família ou um parente mais próximo explicar toda a situação de uma forma onde essas pessoas consigam acolher e respeitar o momento do paciente sem se intrometer no seu espaço pessoal então ao comunicar tanto a família ao paciente deve ser o mais claro possível é também explicar como vai funcionar o tratamento como é que vai ser as medicações os exames sobre o tratamento explicar todos os tipos de explicações e dúvidas que pode ocorrer é que também recomende procurar apoio psicológico que pode vir tanto de um psicólogo de um terapeuta ou como uma pessoa da família ou uma pessoa que o paciente sinta confiança e se sinta aberta a contar o que ele está sentindo porque isso fará bem para ele e no seu desenvolvimento durante o processo de tratamento de trazer oncológico.

#### **4.2.2. O IMPACTO DA REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO PARA O PACIENTE**

O câncer desencadeia reações devastadoras tanto no âmbito orgânico como no emocional, provocando sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos, além de causar um sofrimento tão intenso capaz de resultar em desorganização psíquica, vão depender da localização, do estágio da doença e do tratamento.

Apesar do avanço tecnológico da medicina, o seu diagnóstico ainda é encarado, muitas vezes, como sentença de morte. Desse modo, embora seja comprovado que 50% dos casos são passíveis de cura ou controle, esta imagem persiste, principalmente pelo rótulo “terminal”.

Estes aspectos da doença podem provocar uma série de expectativas e reações no paciente, bem como em seus familiares. Após o choque inicial do diagnóstico, os pacientes costumam apresentar respostas emocionais como ansiedade, raiva e depressão. Assim, torna-se fundamental uma atenção especial para essas reações, visto que, com o advento da tecnologia na medicina, estas necessidades foram ignoradas e negligenciada pelos médicos.

Esta doença, vista pelo indivíduo, como uma ameaça do destino, desencadeia uma série de sentimentos como impotência, desesperança, temor e apreensão, levando o diagnóstico a ser, frequentemente, acompanhado de depressão, consequência ocorrida pelo fato do paciente não conseguir aceitar sua doença.

O diagnóstico de câncer é vivido como um momento de angústia e ansiedade, pelo motivo da doença ser rotulada como dolorosa e mortal, conseqüentemente, desencadeando preocupações em relação à morte. Além do momento do diagnóstico, ao longo do tratamento, o paciente vivencia perdas e diversos sintomas que, além de acarretar prejuízos ao organismo, coloca-o diante da incerteza em relação ao futuro, aumentando assim sua ansiedade.

Uma outra forma de reação ao diagnóstico é o suicídio. Esta vulnerabilidade é demonstrada amplamente na literatura oncológica como, por exemplo, nos estudos de Hem, Loge, Haldorsen e Ekeberg (2004), que indicaram ser o câncer um fator de risco para o suicídio, logo após o diagnóstico a depressão aliada a outros fatores, tais como o estado civil e o nível de sofrimento físico, estariam relacionados como a ideação suicida neste tipo de enfermidade.

Entretanto, os pacientes encontram estratégias para o enfrentamento do diagnóstico através da espiritualidade. Investigaram o efeito da espiritualidade em pacientes terminais com câncer numa amostra de 160 pacientes de um hospital. A pesquisa indicou correlações negativas entre bem estar espiritual e desesperança e ideação suicida, sugerindo que o bem estar espiritual é um fator de proteção contra o desespero da morte.

Desenvolveram um trabalho com pacientes oncológicos, acerca das estratégias de enfrentamento utilizadas diante da doença e do tratamento, verificando que os pacientes entrevistados criam meios para enfrentá-los, como forma de amenizar o sofrimento e lidar com a situação.

A religiosidade então, como suporte para se conviver com a doença, podendo representar uma importante fonte de suporte e conforto para muitas pessoas, durante um período de sofrimento, proporcionando um maior equilíbrio diante das adversidades da doença.



Diante de todo o desgaste físico e emocional vivenciados pelo paciente perante o diagnóstico de uma doença maligna, que o coloca em iminência de morte e que o faz submeter-se a procedimentos terapêuticos invasivos e, muitas vezes, mutilantes, o indivíduo é tomado por sentimentos de raiva, medo, angústia, pena de si mesmo, além da sensação de ter perdido o controle em relação a sua vida.

Nesta perspectiva, o diagnóstico da doença acaba por provocar uma série de reações emocionais no paciente, que apresentam relação com as cognições ativadas ao receber o diagnóstico. Assim, considera-se pertinente o modelo cognitivo desenvolvido por Aaron Beck, em que se propõe haver uma inter-relação recíproca entre pensamento, emoção e comportamento, pois a interpretação de um evento pode ativar cognições e tais cognições podem influenciar emoções e comportamento.

A atividade cognitiva, ativada com o diagnóstico de uma doença crônica como o câncer, pode influenciar o comportamento e as emoções do paciente, alterando a forma como ele se sente, e podendo resultar em transtornos psicológicos decorrentes de um modo distorcido de se perceber os acontecimentos, denominado distorções cognitivas.

As distorções cognitivas normalmente podem se apresentar, numa mesma situação, concomitantemente, de diversas maneiras: por catastrofização (pensar sempre que o pior vai acontecer), por abstração seletiva (focar a atenção em um aspecto negativo da situação), por adivinhação (antecipar problemas, ter expectativas negativas em relação a fatos, que talvez nem venham a existir), por personalização (assumir a culpa por acontecimentos negativos), entre outras.

Os pensamentos que, às vezes, vêm distorcidos ou não, ocorrem em três níveis: o primeiro denominado pensamento automático, o segundo nomeado crenças intermediárias ou subjacente e o terceiro nível definido como crença central, que dá origem a crença intermediária, desencadeadora de pensamentos automáticos, quando o indivíduo se coloca diante de algumas situações.

Estes pensamentos automáticos, que correspondem àqueles pensamentos espontâneos, fluem na mente, independente do raciocínio, sob a forma de pensamento ou de imagem, são breves e coexistem com um fluxo manifesto de pensamentos, sem serem embasados por uma reflexão.

Estas formas de pensamentos ocorrem em todas as pessoas diariamente, de forma que não são percebidos por acontecerem de forma rápida, involuntária. Eles podem ser ativados através de eventos internos ou externos, entretanto, quando são distorcidos ou disfuncionais, contribuem para psicopatologia por influenciarem tanto as emoções como os comportamentos dos indivíduos.

O nível de pensamento, aqui descrito, é evocado pelas crenças intermediárias, também chamadas de crenças condicionais, e corresponde ao segundo nível do pensamento que ocorre sob forma de crenças ou regras. Essas crenças refletem idéias mais enraizadas e mais difíceis de serem modificadas do que os pensamentos automáticos, porém mais maleáveis do que as crenças centrais.

As crenças intermediárias pressupõem que, se algumas regras ou atitudes forem cumpridas, o indivíduo permanecerá estável, caso contrário, ele estará vulnerável. Apesar do indivíduo construir essa crença como uma forma para reduzir o sofrimento provocado pela crença central, ele, com isso, apenas contribui para reforçar ou confirmar ainda mais suas crenças centrais.

Conforme os referidos autores, as crenças centrais correspondem ao nível mais profundo do pensamento constituído por idéias e conceitos mais enraizados acerca de si, dos outros e do mundo, consideradas como verdades absolutas e imutáveis, sendo também consideradas incondicionais, pois, para que ocorra, independe da situação vivenciada pelo indivíduo.

A construção dessas crenças se dá a partir das primeiras experiências e vão se fortalecendo ao longo da vida, tornando-se cada vez mais convincentes na vida adulta, mesmo que ocorram algumas experiências que não as confirmem.

Há uma interligação entre os níveis de cognições mencionados e as crenças construídas ao longo das experiências de vida. Estas vão contribuir diretamente na formação da crença central do indivíduo e dão origem às crenças intermediárias que, por fim, deixam a pessoa mais propensa a experimentar pensamentos automáticos disfuncionais.

Os pensamentos automáticos mais comuns em um paciente diagnosticado com uma doença crônica podem ser divididos em três eixos: (1) sofrimento físico: Eu serei capaz de suportar este sofrimento? (2) qualidade de vida: eu serei capaz de comer o que eu gosto novamente? Como isto afetará a minha vida sexual? e (3) mortalidade: eu vou morrer?

No que concerne especificamente ao câncer, Barraclough (1999) exemplifica que uma mulher com câncer no seio pode acreditar que “nenhum homem deseja uma mulher com apenas um seio”. Já um homem que perdeu seu pai com câncer há anos, quando os recursos da medicina não eram tão desenvolvidos, pode acreditar que “a morte com câncer é agonizante”.

Assim, autores como Moorey e Greer (2002) advogam que a terapia cognitiva poderia ajudar o paciente a adaptar o tratamento a suas vidas bem como adaptar as visões de si próprios a esta nova situação. Já Taylor (2005) argumenta algumas razões para utilizar a terapia cognitiva comportamental com pacientes crônicos, tais como: facilitar a aderência ao tratamento; oferecer suporte emocional frente ao diagnóstico, prevenir comportamentos de risco a saúde, dentre outros.

Tendo em vistas estas considerações, percebe-se que as cognições possuem um papel importante tanto na melhora do estado emocional quanto na qualidade de vida. Assim convém, no presente estudo, ter como objetivo investigar as cognições ativadas e sentimentos despertados nos pacientes, no momento do diagnóstico.

### 4.2.3. REAÇÃO DO PACIENTE

Como primeira reação, geralmente quando o paciente acaba de receber a notícia, tomado pelo pavor que o diagnóstico provoca, pois ao câncer geralmente se liga a situação de morte, sofrimento, dores, a maioria se recusa a acreditar no diagnóstico. É comum que suscitem a existência de algum mal-entendido, erro nos exames, erro no diagnóstico, diagnóstico precoce. É a fase de negação e resistência. Após, geralmente vem a necessidade de procurar uma segunda opinião médica e que tudo não passa de um mal-entendido.

Para lidar com essa situação, o melhor a fazer é contar com um familiar para participar das consultas e conversar com o médico. E, mesmo com todas as confirmações, o sentimento de negação ainda pode durar algumas semanas.

Nessa fase, o paciente já compreendeu e aceitou o diagnóstico, porém começa a sentir raiva e revolta pela sua situação. É comum que se sinta injustiçado e comece a questionar sobre seu propósito de vida e até sobre sua fé. É comum sentir raiva de si mesmo ou ficar decepcionado com as pessoas que o rodeiam.

É possível perceber que o paciente entrou nessa fase quando começam os questionamentos “Por que eu?” e “O que eu fiz de errado?”. Nesse caso, a família precisa ter muita paciência e empatia, mostrando que nada está perdido e que o câncer não é uma sentença.

Passada a raiva, o paciente passa a procurar uma solução para reduzir o sofrimento e as consequências geradas pela doença. Além de pedir ao médico que encontre uma forma de tratamento menos dolorosa, a pessoa com câncer também pode tentar fazer barganhas através da religião.

Isso acontece quando, por exemplo, o paciente faz promessas a Deus para ter a cura ou viver por mais tempo. Promessas como “serei uma pessoa melhor” ou “terei hábitos mais saudáveis” são muito comuns, pois é a maneira como a pessoa leva o tratamento com mais fé, acreditando que assim será recompensado com a cura, pelo seu esforço e cooperação.

Esse quarto estágio é o mais difícil de lidar, pois é quando o paciente percebe que a doença é real e passa a enfrentar uma depressão profunda. Ele passa a ter incômodos com o tratamento, sofrer com os efeitos colaterais e encarar dificuldades com os custos do tratamento. Em alguns casos, o paciente precisa ser internado e se afastar do trabalho.

Além disso, no caso da mulher que enfrenta o câncer de mama, ainda há o transtorno em ter o seu corpo mutilado e passar por vários tratamentos invasivos.

Mesmo com o apoio dos familiares, o cansaço e a tristeza tomam conta do seu ser. O mais importante nesse momento é contar com o apoio de profissionais especializados em saúde mental,

como psicólogos e psiquiatras. Além disso, ter a família por perto é essencial para que o paciente entenda que ainda tem muito a viver.

Se necessário, é possível buscar uma rede de apoio, em que a pessoa conhecerá outras pessoas que passam pela mesma doença e entendem o que ela está sentindo.

Essa é a etapa mais importante para o emocional do paciente. A partir da aceitação da doença, a pessoa volta a planejar a própria vida sem medo do futuro. É quando o paciente faz uma avaliação da própria jornada, entra em contato com pessoas que enfrentam o mesmo e percebe que é possível ter uma segunda chance.

Na fase da aceitação, além de alimentar as esperanças para a cura, o paciente passa a cuidar mais de si mesmo, pois entende que o autocuidado é a melhor maneira de se fortalecer e trilhar um caminho mais positivo.

Evidentemente, nem todos os pacientes com câncer passam por todas as fases. Cada pessoa lida com suas dificuldades de uma maneira e, apesar de não existir um passo-a-passo para lidar com esses sentimentos, existem certas atitudes que podem ajudar.

#### **4.2.4. A REAÇÃO DOS FAMILIARES, PARENTES E PESSOAS PRÓXIMAS.**

Ao receber o diagnóstico de uma doença de prognóstico reservado como o câncer, tanto o indivíduo como sua família vivenciam uma sensação de que receberam uma sentença de morte, devido à representação social que ainda cerca essa doença. Certamente o diagnóstico de uma neoplasia interrompe bruscamente a linha de continuidade da normalidade, podendo provocar intenso sofrimento físico e psíquico. Além disso, a descoberta da doença deflagra um processo de transição psicossocial cujo desfecho é imprevisível. O tratamento impõe uma fratura no cotidiano familiar, incrementada pelo impacto provocado pelo contato com o universo hospitalar. O sofrimento experimentado está relacionado também a perdas de sonhos e planos para o futuro, bem como à quebra da crença irracional de que doenças fatais só acontecem com os outros.

Caracterizada como uma ameaça à integridade física e psicológica da pessoa adoecida, a doença oncológica afeta toda a família, tendo impacto na sua dinâmica de funcionamento e padrões de comunicação. Tendo em vista que as famílias são, no cenário atual da saúde, cada vez mais responsáveis pela administração de parte dos tratamentos prescritos e pela oferta de suporte emocional e físico aos familiares com câncer, torna-se importante dimensionar o impacto da doença em todo o sistema familiar e a possível sobrecarga advinda da prestação de cuidados. Trata-se de um

período no qual os sentidos atribuídos ao processo saúde-doença-cuidado estão em transição e necessitam ser renegociados, suscitando desafios para o setor saúde.

Ao tomarem ciência do diagnóstico, os familiares precisam superar pelo menos parte das emoções negativas que emergem naturalmente e, assim, reunir forças para reorganizar seu cotidiano e estabelecer novos caminhos para conduzir suas vidas dali por diante, o que exige aprender novas habilidades, assimilar conhecimentos médicos e aprender a conviver com as limitações impostas pela doença no viver do ente querido. Paralelamente, necessitam aprender habilidades e desenvolver competências específicas para assumirem o papel de cuidador familiar. Essas exigências para ocuparem novos lugares e desempenharem papéis até então inéditos podem levar os cuidadores familiares a experimentarem sobrecarga, especialmente porque aparecem simultaneamente ao enfrentamento de experiências emocionais de elevada densidade existencial. Além disso, quando o principal cuidador familiar é o marido ou companheiro, desafios adicionais podem ser enfrentados na adaptação aos novos papéis domésticos, em decorrência das limitações impostas pelos estereótipos de gênero.

A ameaça de separação ou de morte do(a) cônjuge pode, por si só, desencadear reações precoces de luto. Segundo Fonseca (2014), em uma família na qual um de seus integrantes recebe o diagnóstico de uma doença crônica ou terminal, há diversas vivências de processos de lutos: o luto pessoal de cada indivíduo, o luto pela mudança da dinâmica de relações familiares, o luto social e espiritual/religioso decorrente da proximidade com a finitude e, por fim, o luto pela morte que se desenha no futuro, quando a ameaça de óbito se tornar um fato consumado. Tanto o indivíduo como a sua família e seus vínculos sociais sofrem com a notícia e tendem a antecipar a dor da perda iminente, mesmo que a neguem ou tentem minimizá-la a princípio. Levando-se em conta que é um processo que ocorre enquanto a pessoa está viva, esse processo psicológico é denominado de luto antecipatório.

Por outro lado, a antecipação psíquica da perda pode ser uma estratégia essencial para que os familiares se preparem para a morte real do seu ente querido, o que pode facilitar o processo de ajustamento a esse momento crítico quando ele efetivamente ocorrer (Castro, 2016). No entanto, a concentração excessiva na antecipação da perda (luto antecipatório severo) pode ser emocionalmente incapacitante, caso não sejam ativados recursos suficientes para aproveitar essa experiência-limite, de modo a que se possa tirar algum proveito dessa vivência dolorosa, algum ganho no sentido de melhorar a qualidade de vida e reconfigurar o sentido atribuído à própria existência (Ambrósio & Santos, 2017). Quando a experiência do luto antecipatório é desajustada, isto é, apresenta níveis de

luto muito severos ou, por outro lado, prematuros, pode acarretar o desencadeamento de um processo de luto complicado após a morte da pessoa adoecida (Castro, 2016).

Existe uma vasta literatura sobre o luto antecipatório em pacientes que vivenciam condições limitantes e/ou ameaçadoras da continuidade da vida (Cardoso & Santos, 2013). Porém, há proporcionalmente menos evidências disponíveis sobre a vivência do luto antecipatório de familiares desses pacientes. A disponibilidade de informações atualizadas sobre essa vivência é essencial para que o profissional de saúde possa planejar a assistência considerando também as necessidades de cuidados dos familiares. Outro fato que justifica a necessidade de revisão é que, devido ao desenvolvimento de novas tecnologias em saúde nas últimas décadas terem ampliado significativamente as chances de sobrevivência dos pacientes, o tratamento oncológico tende a ser cada vez mais prolongado, expondo as famílias aos eventos estressores de um alargado ritual pontuado por altos e baixos, oscilando entre momentos de recuperação e agravamento da condição clínica de seu ente querido.

Considerando o exposto, este estudo de revisão teve por objetivo sintetizar as evidências existentes na literatura sobre o luto antecipatório vivenciado por familiares de pacientes com câncer, considerando o cenário nacional e internacional

## **5. A REALIDADE DA VIVÊNCIA DA DOENÇA**

Os avanços significativos nos métodos diagnósticos e no tratamento do câncer, tem contribuído para a prolongação da vida dos pacientes que sofrem com essa doença. Apesar dos avanços, a doença não afeta apenas o portador, mas também sua família que o acompanha em todo o percurso do tratamento, alterando e adaptando seu cotidiano em função ao diagnóstico. O diagnóstico de câncer pode desencadear uma série de emoções como angústia, preocupação, medo, tristeza e sofrimento que impactam o paciente e todos ao seu redor, além das questões sobre a autoimagem que podem se tornar um desafio para o indivíduo diagnosticado pois ele já tem um conhecimento prévio sobre os possíveis efeitos do tratamento, incluindo vômitos, emagrecimento, amputações de partes do corpo, alopecia entre outros.

A realidade da vivência da doença é marcada por um processo contínuo de adaptação ao enfrentamento, o paciente pode enfrentar limitações físicas como dores, fadiga, dificuldade de mobilidade e alterações na nutrição, além de alterações emocionais que são submetidas pelo tratamento, também ocorrem mudanças na dinâmica familiar e social com familiares assumindo o

papel de cuidadores e a mudança nas responsabilidades diárias, isso pode resultar na necessidade de interromper o trabalho para se dedicar ao ente querido o acompanhando durante consultas, tratamento ou hospitalização.

Durante o tratamento os pacientes podem se sentir isolados e incompreendidos levando a intensificação do sofrimento emocional, além disso, as mudanças na autoimagem causadas pelos efeitos colaterais, como alterações corporais e queda de cabelo, também podem ser um empecilho impactando negativamente a autoestima. A participação dos familiares no progresso do tratamento pode trazer apoio aos pacientes, mas também desafios, já que eles também precisam lidar com o medo da perda e a preocupação com o bem-estar do ente querido. Essa realidade é complexa e varia para cada membro da família, pois cada um pode reagir de maneira diferente, expressando suas próprias emoções e necessidades, intensificando a experiência da doença e ressaltando a necessidade de um suporte psicossocial eficaz.

O impacto emocional do câncer é amplo e reflete a complexidade da experiência vivida pelos pacientes e seus familiares desde o diagnóstico. Os sentimentos que podem surgir vão além do medo e ansiedade incluindo tristeza, desamparo e insegurança. O tratamento pode gerar consequências emocionais influenciadas pelas questões físicas enfrentadas pelo paciente, afetando a percepção de si mesmo. Além disso, o medo do desconhecido, a ansiedade e a incerteza em relação ao futuro podem se tornar desafios significativos como a dificuldade com a progressão da doença, possibilidade de recidiva e dificuldades com rotinas e a autoimagem. O tratamento apresenta desafios constantes que podem fazer com que os pacientes se sintam isolados e incompreendidos contribuindo para o agravamento do sofrimento emocional.

A família é essencial ao longo do diagnóstico do paciente, assim como um tratamento psicológico. Após descobrir a doença, o paciente pode se sentir deprimido por não saber o que esperar, começando a ter ansiedade em pensar em inúmeras hipóteses, sentimentos de medo e angústia, e tudo isso pode contribuir para o agravamento ou permanência da doença, por isso é necessário toda a atenção e cuidado com o paciente, sempre buscando ouvi-lo.

Existem alguns estágios do adoecimento após descobrir o diagnóstico como a negação que é a primeira fase, onde o paciente não quer aceitar que está passando por aquela situação, logo após surge a raiva por se deparar com as mudanças da rotina e com isso começam as negociações, acreditando que poderá receber a cura se fizer trocas ou promessas, após isso surge a depressão, que é o momento que se deve mais atenção em não deixar evoluir e por fim, vem a aceitação.

## **5.1. CONSEQUÊNCIAS EMOCIONAIS DA DOENÇA**

O impacto emocional do câncer é amplo e reflete a complexidade da experiência vivida pelos pacientes e seus familiares desde o diagnóstico. Os sentimentos que podem surgir vão além do medo e ansiedade incluindo tristeza, desamparo e insegurança. O tratamento pode gerar consequências emocionais influenciadas pelas questões físicas enfrentadas pelo paciente, afetando a percepção de si mesmo. Além disso, o medo do desconhecido, a ansiedade e a incerteza em relação ao futuro podem se tornar desafios significativos como a dificuldade com a progressão da doença, possibilidade de recidiva e dificuldades com rotinas e a autoimagem. O tratamento apresenta desafios constantes que podem fazer com que os pacientes se sintam isolados e incompreendidos contribuindo para o agravamento do sofrimento emocional.

A família é essencial ao longo do diagnóstico do paciente, assim como um tratamento psicológico. Após descobrir a doença, o paciente pode se sentir deprimido por não saber o que esperar, começando a ter ansiedade em pensar em inúmeras hipóteses, sentimentos de medo e angústia, e tudo isso pode contribuir para o agravamento ou permanência da doença, por isso é necessário toda a atenção e cuidado com o paciente, sempre buscando ouvi-lo.

Existem alguns estágios do adoecimento após descobrir o diagnóstico como a negação que é a primeira fase, onde o paciente não quer aceitar que está passando por aquela situação, logo após surge a raiva por se deparar com as mudanças da rotina e com isso começam as negociações, acreditando que poderá receber a cura se fizer trocas ou promessas, após isso surge a depressão, que é o momento que se deve mais atenção em não deixar evoluir e por fim, vem a aceitação.

## **6. A RELAÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO COM A PSICOLOGIA E O PSICÓLOGO HOSPITALAR: INTERAÇÃO, VÍNCULO E APOIO PROFISSIONAL**

É comum existir dificuldade em estabelecer uma comunicação direta, tanto com o paciente oncológico quanto com familiares, que aborde todos os temas sensíveis relacionados ao câncer. Muitas vezes a família quer poupar o paciente de certas informações. No contrário, o paciente também pode deixar de expor seus medos e preocupações pensando em não sobrecarregar a família. Neste sentido o trabalho do psicólogo se estende aos familiares, como uma forma de diálogo sobre os anseios, dúvidas e dificuldades. Considerando que essas pessoas compõem a rede de apoio do paciente oncológico, é importante que elas também estejam mentalmente saudáveis e consigam administrar suas reações. O atendimento do psicólogo deve ser de acordo com as necessidades detectadas em uma primeira entrevista, conversando com a família e compartilhando a ideia de passar



por atendimento psicoterápico ajudando no alívio da sobrecarga emocional de todo o tratamento oncológico.

## **6.1. O PSICÓLOGO E SUA ATUAÇÃO NA ÁREA ONCOLÓGICA**

No atendimento de pacientes oncológicos as funções do psicólogo devem: favorecer a adaptação dos limites das mudanças impostas pela doença e da adesão ao tratamento, auxiliar no manejo da dor e do estresse associados a doença e aos procedimentos necessários, auxiliar na tomada de decisões, preparar o paciente para a realização de procedimentos invasivos dolorosos, e enfrentamento de possíveis consequências dos mesmos, promover melhoria da qualidade de vida, auxiliar a aquisição de novas habilidades ou retomada de habilidades preexistentes, e revisão de valores para o retorno a vida profissional, familiar e social ou para o final da vida.

## **6.2. A PRIMEIRA VISITA: APRESENTAÇÃO DO PROFISSIONAL E APOIO NAS ETAPAS DA DOENÇA**

O fato de lidar com uma doença potencialmente grave, como o câncer, pode levar o paciente a pensar sobre o futuro, sentido da vida, dificuldades do tratamento, modificação da autoimagem e despedida de familiares e amigos. Da mesma forma, a continuidade da rotina e da vida após a confirmação do câncer podem ser acompanhadas de algumas reações emocionais como, medo, angústia e depressão, muito atreladas a incertezas e a noção popular de que o câncer pode ser uma doença terminal. O desgaste psicológico se torna um ponto de atenção em pacientes diagnosticados com câncer. A psicoterapia tem se apresentado nos últimos anos uma aliada em todo processo pré, durante e pós-tratamento oncológico. Os atendimentos psicoterápicos individuais ou em grupo é uma via sustentável para administrar a saúde mental do paciente oncológico, bem como sua família. Além do bem-estar psíquico do paciente, a importância do atendimento psicológico está relacionada a forma como encarar o tratamento do câncer e as respostas positivas ao tratamento no decorrer da doença. Se o paciente se sente depressivo e pessimista em relação ao tratamento, a jornada se torna muito mais difícil e dolorosa, além de impactar na eficácia de todo processo.

## **6.3. A ESCUTA TERAPÊUTICA E IDENTIFICAÇÃO DOS SINTOMAS EMOCIONAIS E PONTOS SENSÍVEIS DO PACIENTE**

O psicólogo é o profissional que atende a necessidade de escuta ao paciente, sem julgamentos nem interpretações prévias, considerando a vulnerabilidade e fragilidade diante de um adoecer ainda permeado de fantasias que dificultam a compreensão do julgamento da realidade e as possibilidades de um bom enfrentamento. A compreensão do adoecer oncológico ainda é um desafio no lidar diário da hospitalização e tratamento. A paciente com câncer muitas vezes expressa sentimento de raiva, revolta e tristeza profunda que pode desencadear um quadro depressivo, culpa, etc., antes, durante e depois do adoecer que, se não lhes forem dadas a devida atenção podem ser fatores capazes de interferir no enfrentamento da doença. O psicólogo contribui para estabilidade emocional e encorajamento do paciente para se adaptar a melhor forma de conviver com a nova realidade de vida.

#### **6.4. ABORDAGEM DO PSICÓLOGO NO CUIDADO AO PACIENTE E COLABORAÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE**

A Psico-Oncologia é a especialidade que procura oferecer ao doente, a família e a equipe o suporte emocional para o enfrentamento da doença. Em sua prática, o Psico-Oncologista visa o bem-estar emocional do paciente, contribuindo assim para uma boa qualidade de vida em todos os estágios do tratamento, por isso faz-se necessário a presença deste profissional no cuidado a pacientes oncológicos, o que favorece a comunicação médico-paciente e a adesão ao tratamento.

### **CONCLUSÃO**

Considerando o aumento do número de novos casos de câncer no Brasil e reconhecendo o momento do diagnóstico como um instante de crise, naturalmente vivido de forma conturbada, por evocar pensamentos sobre a morte e provocar reações emocionais que podem interferir no equilíbrio e bem estar do paciente, onde esse pode se deparar com pensamentos e sentimentos de menos valia, como medo, depressão, o presente estudo pretende demonstrar o papel da psicologia hospitalar e do psicólogo hospitalar que poderá como um profissional preparado e dedicado a minimizar, apoiar o paciente, ajudá-lo a enfrentar a nova rotina, a vivência do tratamento e enfrentamento da doença, não como sentimento de finitude, mas de momento de enfrentamento da realidade, administrando os sentimentos e emoções a fim de uma busca de qualidade de vida, seja até a cura, seja até o desfecho final, pelo óbito. A assistência e acompanhamento terapêutico tem a finalidade de a partir do

diagnóstico e no decorrer do tratamento, minimizar as reações, sentimentos e ações ou omissões que podem prejudicar o tratamento do paciente, conferindo-lhe melhor qualidade de vida e uma interação entre o paciente, a família e a equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

**ARAÚJO, S. de F.** O Nome e a Coisa: Sobre as Origens da Psicologia Como Ciência. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 21, n. 3, 2021. **Disponível em:** <https://doi.org/10.12957/epp.2021.62739>. Acesso em: 23 out. 2024.

**BRASIL.** Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. **Disponível em:** [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/14119.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/14119.htm). Acesso em: 23 out. 2024.

**BRANCO, Andréa Batista de Andrade C., LEITE, Rafaela Firmino., LESSA, Pedro, Cavalcante.** Atuação da psicóloga hospitalar na perspectiva da abordagem centrada na pessoa. Revista do NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity v. 15, n. 1, p. 1-16. 2023.

**CORDEIRO, Mariana Prioli; SPINK, Mary Jane Paris.** Apontamentos sobre a história da Psicologia Social no Brasil. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 18, n. spe, dez. 2018. **Disponível em:** [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812018000400003](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000400003). Acesso em: 23 out. 2024.

**SANTOS, Clara Cecília R., FIGUEIREDO, Leticia Almeida Teixeira da S., REIS, José de Arimateia, R.** Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos: atuação com pacientes oncológicos. 2023. Revista Psicologia e Saúde em Debate. [DOI:10.22289/2446-922X.V9N2A7](https://doi.org/10.22289/2446-922X.V9N2A7)

**SALES, Catarina Aparecida; MATOS, Paula Cristina Barros de; MENDONÇA, Dayana Patrícia Romeiro de; MARCON, Sonia Silva.** Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet], v. 12, n. 4, p. 616-621, 2010. **Disponível em:** <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a04.htm>. Acesso em: 22 out. 2024. DOI: 10.5216/ree.v12i4.12160.

**SCHULTZ, D. P., & SCHULTZ, S. E.** A History of Modern Psychology. 10ª ed. Belmont: Cengage Learning, 2016.

**SILVA, Gervásio de Araújo Marques da.** A crise da psicologia social brasileira: apontamentos históricos. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 70, n. 4, 2018. **Disponível em:** [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812018000400003](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000400003). Acesso em: 23 out. 2024.

**SILVA, Valéria Costa Evangelista da.** O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente. 2005. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

**RIVERO DE GUTIÉRREZ, Maria Gaby; CARDOSO ARTHUR, Taís; MONTOSA DA FONSECA, Selma; CASSULI MATHEUS, Maria Clara.** O câncer e seu tratamento: impacto na vida dos pacientes. Online Brazilian Journal of Nursing, v. 6, n. 0, p. 4-12, 2007. **Disponível em:** <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453973002>. Acesso em: 22 out. 2024.

**TRUCHARTE**, Fernanda Alves Rodrigues; **KNIJNIK**, Rosa Berger; **SEBASTIANI**, Ricardo Werner. Psicologia hospitalar: teoria e prática. Organização de Valdemar Augusto Angerami-Camon. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. 6. reimpr. 1. ed. de 1994. ISBN 85-221-0186-8.