

## A IMPORTÂNCIA DO PSICÓLOGO COM O PACIENTE ONCOLÓGICO

Gizele Aparecida Coelho<sup>1</sup>  
Claudia Waltrick Machado Barbosa<sup>2</sup>

### RESUMO

O câncer é uma doença que no primeiro momento quando descoberta pode ser amedrontador, assustar e revoltar, envolvendo muitas questões psicológicas em torno dessa notícia. Sabendo que a Psiconcologia vem desenvolvendo um trabalho significativo com este doente, dando ajuda no suporte emocional, fortalecendo sua vontade de vencer a doença. Assim, este trabalho tem por objetivo geral o estudo do impacto psicológico do diagnóstico de câncer em indivíduos que estejam ou que irão iniciar o tratamento da doença. E como objetivos específicos, entrevistar indivíduos, para que se possam ter informações de como ficou suas vidas depois do diagnóstico; promover a Psiconcologia como intermediador/facilitador, para o enfrentamento do tratamento; e analisar quais os aspectos psicológicos estão relacionados com a doença. Nesse trabalho será abordado a respeito da reorganização emocional deste paciente frente à notícia, a psiconcologia, os cuidados paliativos e aceitação da doença para o sucesso no tratamento e enfrentamento da mesma.

**Palavras-chave:** Câncer, Psiconcologia, Diagnóstico.

## A PSYCHOLOGIST IMPORTANCE WITH SICK ONCOLOGICAL

### ABSTRACT

Cancer is a disease that at first when finding may be frightening, frightening and revolting, involving many psychological issues around this news. Knowing the Psycho-oncology is developing a significant work with this patient, giving help in emotional support, strengthening their desire to beat the disease. This work has the general objective of the study of the psychological impact of cancer diagnosis in individuals who are or who will start the treatment of the disease. And as specific objectives, interviewing individuals, who may have information as was their lives after diagnosis; promote Psycho-oncology as mediator / facilitator, to face treatment; and analyzing the psychological aspects which are related to the disease. In the theoretical framework will be approached about the emotional reorganization of this patient over the news, psycho-oncology, palliative care and acceptance of the disease to success in treating and coping with it.

**Keywords:** Cancer, Psycho-oncology, Diagnosis.

---

<sup>1</sup> Acadêmica da 10ª fase do Curso de Psicologia do Centro Universitário Unifacvest.

<sup>2</sup> Psicóloga e pedagoga – Professora do Curso de Psicologia do Centro Universitário Unifacvest, Mestre em educação, especialista em terapia familiar e de casal.

## INTRODUÇÃO

O diagnóstico do câncer e todo o processo da doença é um momento de angústia para o paciente e para sua família, haja vista que o câncer traz consigo o estigma de uma doença dolorosa, cruel e fatal. As doenças que ameaçam a vida, como o câncer, criam situações extremamente estressantes para os pacientes e suas famílias.

O câncer é uma doença muito temida pela maioria das pessoas, pois é sabido que, pode causar um grande sofrimento. Câncer é a denominação de um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas. (INCA, 2000, p.18)

A notícia, no primeiro momento da doença de câncer soa para muitas pessoas como uma sentença de condenação. Segundo Barrios (1999), tanto médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e equipe de saúde em geral conheçam e promovam informações aos pacientes com câncer que visam colaborar para o processo de melhoria da qualidade de vida. Criar uma boa relação interpessoal, é essencial para melhorar a satisfação do paciente e diminuir a morbidade psicológica das más-notícias.

Apesar dos avanços obtidos no conhecimento sobre essa doença e seu tratamento, o simples fato de se utilizar a palavra câncer para designar um conjunto de patologias tumorais já indica a necessidade da integração entre os vértices psicológicos e médico, pois se observa enorme conteúdo emocional ligado a ideia câncer. É comum a associação do câncer com doença fatal, vergonhosa e comumente considerada como sinônimo de morte, o que contribui para que as pessoas mantenham sentimentos exclusivamente pessimistas sobre a doença. (LORENCETTI, 2005).

Medeiros (2011, p.78), ressalta que o psicólogo hospitalar tem como foco:

Auxiliar na reorganização egóica frente ao sofrimento; facilitar e trabalhar medos, fantasias, angústias, ansiedades; enfrentamento da dor, sofrimento e medo da morte do paciente; detectar e trabalhar focos de ansiedade, dúvidas; facilitar e incentivar vínculo com a equipe de saúde; detectar e reforçar defesas egóicas adaptativas, etc.

O autor ainda complementa dizendo que, também é importante o trabalho do psicólogo na facilitação da comunicação da família com o próprio paciente, para que se possa, muitas vezes, auxiliar na solução de situações emocionais muitas vezes vividas como difíceis durante a convivência anterior ao advento da doença terminal. Pode proporcionar elucidação de

situações existenciais mal resolvidas, gerando alívio de culpas, ressentimentos e dores, frutos de relações neurotizadas pela convivência existencial prévia. A preparação de um luto antecipatório, sempre facilita e minimiza dores naturais da perda de entes emocionalmente importantes.

Carvalho (2002) explica que o câncer não faz acepção, não escolhe idade, nem sexo, nem origem para se manifestar no indivíduo. É compreendido como um conjunto de doenças que apresentam anormalidade de células e divisão excessiva; é reconhecido como uma doença com etiologia multifatorial envolvendo fatores como: predisposição genética, exposição a carcinogênicos ambientais, hábitos e estilos de vida. Nos pacientes com dor crônica, nem sempre existem sinais objetivos, mesmo quando aparecem mudanças visíveis em sua personalidade, seu estilo de vida e habilidade funcional. Este tipo de dor exige uma abordagem que contemple não somente o tratamento de suas causas, mas também de suas consequências psicológicas e sociais (PESSINI et al, 2004, p. 20).

Para o Ministério da Saúde (2001) em concordância com o INCA, a terapêutica paliativa é voltada ao controle sintomático e preservação da qualidade de vida para o paciente, sem função curativa, de prolongamento ou de abreviação da sobrevida. A empatia, bom humor e compreensão são integrantes fundamentais da terapêutica. A abordagem é multidisciplinar, contando com médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e voluntários.

O Estudo sobre psiconcologia para o impacto psicológico do diagnóstico de câncer é muito relevante para auxiliar o enfrentamento do paciente frente a essa doença. De acordo com Junior (1998, p. 34):

As intervenções psicológicas adequadas contribuem para uma melhor compreensão dos processos de doença e tratamento, como também para a diminuição do sofrimento que o câncer produz nas pessoas. Nem sempre as condutas significarão êxito, porém, poderão produzir uma visão mais humanizada para o paciente e seus cuidadores. O desenvolvimento da psiconcologia, no auxílio ao paciente oncológico e seu cuidador, favorece o enfrentamento da doença, contribuindo para a ressignificação do câncer.

Segundo Mendonça (2000), a prestação de cuidados constitui, uma tarefa árdua e desgastante, representando uma potencial ameaça para a saúde física e psíquica dos cuidadores, verificando-se entre os mesmos uma maior prevalência de problemas psiquiátricos, problemas físicos e de procura dos serviços de saúde.

A doença de um familiar, como é exemplo do câncer, pode colocar a família ou cuidador diante uma das situações mais difíceis que tenha de afrontar. Todos os familiares podem ser

comprometidos, pois as rotinas se alteram, as responsabilidades dos membros da família mudam e passa a existir maior preocupação e inquietação.

Cada elemento individualmente tem que assumir papéis para os quais nem sempre estão preparados, ou seja, ser cuidador. Segundo Karsch (2003), nessa perspectiva, a pessoa que cuida passa a ter vida modificada, dando-lhe um sentido até então inexistente, verificado a partir do crescimento e transformação interior.

A doença acaba acarretando também estresse no paciente oncológico, como também na família. Diante do estresse e limitações impostas pela doença, o portador de câncer, comumente, é animado pela equipe de saúde e pela família a levar uma vida “normal” na medida do possível. Com a comprovação da doença, muitos pacientes encaram a perda de um corpo saudável e ativo, ou o funcionamento corporal não adequado leva a uma perda da autonomia e da competência de agir independente. Pacientes querem ser tratados como pessoas, e não como doenças, e serem observados como um todo, incluindo-se os aspectos físico, emocional, social e espiritual (OKON, 2005 apud PERES, 2007).

Estudar e compreender o indivíduo enquanto um ser que adocece, situação esta, é permeada de sofrimento físico e psicológico que gera conflitos, angústia em nível existencial, tanto para o paciente como também para seus familiares e cuidadores. Levará em consideração sua fundamental importância no âmbito hospitalar, pois espera-se que o psicólogo seja um profissional habilitado, capacitado e apto a lidar e considerar o “Ser Doente” dentro de suas limitações físicas, psíquicas e/ou sociais, visando uma reabilitação do paciente dentro desta nova condição de ser, buscando, na medida do possível, uma vida próxima do normal. A doença crônica pode produzir consequências como dor, desconforto, baixa autoestima, incerteza quanto ao futuro, ideias suicidas, medos, pânico, transtornos gerais e específicos de conduta, dificuldades no relacionamento familiar e interpessoal, ansiedade, depressão, entre outros (EVANS, 2006 apud SCANNAVINO, 2006)

Em relação ao prognóstico oncológico, sabe-se que por sua vez que nenhum paciente vai ao médico querendo receber um diagnóstico de uma enfermidade grave, e o médico está ciente disso. Para Barrios (1999), esta negação pode, a priori, influenciar a forma de como o médico comunica o diagnóstico ao paciente, sendo que tais dificuldades podem atrapalhar ou invalidar as informações iniciais, que são importantes para o decorrer do tratamento.

Carvalho (2004, p. 67) explica que é “comum nos pacientes após receberem o diagnóstico, o surgimento de diversos sentimentos de difícil elaboração tais como ansiedade, raiva, medo, culpa, depressão, os quais são permeados pela incerteza e insegurança e futuro”.

E então, a partir do diagnóstico oncológico, o paciente está exposto à sentimentos angustiantes, a uma nova condição de saúde na sociedade e o enfrentamento do desconhecido.

A comunicação, segundo Dondoni et al. (1999, p. 390)

Deve ser feita em termos práticos, deixando clara a visão que o paciente terá dele próprio e de seu futuro. É necessário segundo esses autores que se tenha: privacidade para se dar o diagnóstico; ter calma; possuir uma boa observação; tempo para se responder toda e qualquer pergunta; escutar o que o paciente tem a dizer; que o médico escute mais do que fale; deve-se usar na comunicação a técnica de repetir frases, para se pontuar e amarrar bem o assunto.

Com isso, é denotada a necessidade da Psicologia Hospitalar para auxiliar esse processo, de acordo com Simonetti (2004 apud Medeiros e Lustosa, 2011), seu foco de atuação é o aspecto psicológico em torno do adoecimento. Mas aspectos psicológicos não existem soltos no ar, e sim encarnados em pessoas; na pessoa do paciente, nas pessoas da família e nas pessoas da equipe profissionais. A psicologia hospitalar define como objeto de trabalho não só a dor do paciente, mas também a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe e a angústia geralmente negada dos médicos.

Além de considerar essas pessoas individualmente a psicologia hospitalar também se ocupa das relações entre elas, constituindo-se em uma verdadeira psicologia de ligação, com a função de facilitar os relacionamentos entre pacientes, familiares e médicos. A Psiconcologia consiste na interface entre a psicologia e a oncologia. São abordadas questões psicossociais que envolvem também o adoecimento acarretado pelo câncer. Utilizam-se estratégias de intervenção que possam ajudar o paciente e seus familiares no enfrentamento e na aceitação de uma nova realidade, promovendo, assim, melhorias na qualidade de vida (VIANNA et al., 2011).

Carvalho (2002) explica que, a chegada da Psiconcologia no hospital é recente, e sua função ainda é frequentemente desconhecida ou distorcida. Mas já existem situações em Hospitais onde o psicólogo não só é muito valorizado como também é requisitado pelos médicos e pela enfermagem em seu próprio auxílio, quando em momentos de dificuldades pessoais.

Siegel (1997) diz que fornecem um ponto de apoio para as reflexões de todos aqueles que trabalham com o paciente de câncer. Portanto, é essencial compreender e dar suporte a essas transformações, bem como ouvir e aprender com o paciente, tendo sempre em mente que estamos cuidando de um ser humano, ou será que estamos cuidando somente da enfermidade que ele traz. Atualmente sabe-se que cerca de 60% das formas de câncer são preveníveis, o que

torna o trabalho de prevenção de especial importância e indica o valor de uma política social de saúde, com atuação comunitária.

O trabalho psicológico, seja de apoio, aconselhamento, reabilitação ou psicoterapia individual e grupal, tem facilitado a transmissão do diagnóstico, a aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos secundários destes, a obtenção de uma melhor qualidade de vida e, no paciente terminal, de uma melhor qualidade de morte e do morrer (CARVALHO, 2002).

Diante do exposto, neste estudo buscou-se investigar o impacto psicológico do diagnóstico de câncer. Para tanto, enfatizamos a importância do trabalho do psicólogo na oncologia. Neste sentido, Simonetti (2004, p. 19), ao falar do trabalho do psicólogo no hospital destaca que:

A doença é um real do corpo, no qual o homem esbarra, e quando isso acontece toda a sua subjetividade é sacudida. É então que entra em cena o psicólogo hospitalar, que se oferece para escutar esse sujeito adoentado falar de si, da doença, da vida ou da morte, do que pensa, do que sente, do que deseja, do que quiser falar.

Dentre as inúmeras estratégias de enfrentamento que o paciente com o diagnóstico de câncer utiliza, encontramos o *coping*, que significa lutar, competir, enfrentar; os efeitos do positivismo trazem a diminuição do estresse, e, se o *coping* for efetivo, com a diminuição da emoção, o evento estressor poderá, enfim, ser superado (HUDAK; GALLO, 1997).

Não se pode negar que a medicina e a psicologia, na cena hospitalar, se aproximam bastante, articulam-se, coexistem, tratam do mesmo paciente, mas não se confundem, já que possuem objetos, métodos e propósitos bem distintos; onde a medicina se propõe curar e salvar vidas, enquanto que a psicologia hospitalar é reposicionar o sujeito em relação a sua doença. (SIMONETTI, 2004).

Todo esse contexto da doença propriamente dita e do tratamento pode gerar estresse, trazendo sinais e sintomas como: apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ansiedade, irritabilidade. Diante disso, o que pode fazer a diferença no resultado de adaptação do indivíduo é o *coping*, entendido como enfrentamento de uma situação. E estar em *coping* significa que o indivíduo está tentando superar o que lhe está causando estresse (LORENCETTI, 2005).

O psicólogo tem que deter informações sobre o câncer, os tratamentos e os sintomas que resultam dos mesmos; para distinguir sintomas emocionais dos sintomas decorrentes das questões orgânicas. Bem como entender os estágios da doença e possível prognóstico, para que possa definir a abordagem a ser utilizada; por meio de uma postura ativa, como foco no

adoecimento e nas preocupações do momento, visando sempre um atendimento humanizado e global ao doente.

Gimenes (1994) comenta que na intervenção psicológica são examinadas questões relativas a atitudes e comportamentos prejudiciais à saúde, ajudando o paciente a perceber a necessidade de uma reorganização, que possibilite uma vida mais saudável e satisfatória; auxilie a lidar com o diagnóstico de câncer e a participação ativa do enfrentamento.

Para Gimenes (1997), intervenção psicológica desenvolve no paciente sua capacidade de estabelecer ligações efetivas, habilidade em manter controle emocional e comportamental e lidar de forma positiva com o adoecimento, o que contribui para a ausência de episódios de ansiedade ou depressão e melhora da qualidade de vida. A escolha do tema se fez em função de compreender de que forma esses pacientes enfrentam essa doença, e onde me senti motivada a aprofundar meus conhecimentos acerca do assunto, para que futuramente possa trabalhar nessa área.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito definido em 1990 e atualizado em 2002 sobre os cuidados paliativos pontuam que, os cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. A dimensão do cuidado com o paciente oncológico caracteriza-se pela preponderância do cuidar sobre o curar; exigem-se atitudes humanas, não apenas analíticas compreensíveis e essencialmente científicas; ver não somente a doença, mas o que existe de sadio no paciente. (CARVALHO apud FIGUEREDO, 2008 p. 373).

Pessini e Bertachini (2004 p. 08) apontam que, os princípios dos cuidados paliativos podem ser assim resumidos:

- a) cuidar integralmente da pessoa, levando em conta os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais;
- b) trabalhar com a família do doente, que é núcleo fundamental de apoio;
- c) promover a autonomia e a dignidade do doente. Isto implica elaborar com ele os objetivos terapêuticos, estabelecendo uma relação franca e honesta;
- d) promover o conceito ativo de terapia. Não se pode aceitar como válida a atitude que diz “não há mais nada a fazer”. O cuidar continua quando não se pode mais curar;
- e) propiciar em torno do doente uma atmosfera de respeito, apoio e comunicação. Isto influi muito no controle dos sintomas;
- f) contar com o trabalho multidisciplinar dos profissionais.

Carvalho et al, (2008, p.375) assegura que para que a assistência se mostre plena, alguns componentes no processo de cuidar, devem ser estabelecidos com excelência. Para isso, é preciso ter sempre em mente que os pacientes querem:

a) ter sua opinião ouvida nas decisões sobre o tratamento, exigindo tomadas de decisão claras; b) saber o que esperar à medida que a doença progride e planejar a nova administração de seu tempo de vida; c) ter a possibilidade de fazer uma análise da própria vida, tentar resolver conflitos, passar um tempo com parentes e amigos, definir o que para eles torna-se primordial e poder compartilhar tal entendimento com os outros; d) ser vistos como único e entendidos no contexto de sua vida, com seus valores e preferências. e) O desafio que permanece sempre é o de aliar competência técnico-científica com humanismo, expresso no ato de cuidar com profissionalismo, ternura, sensibilidade e ética.

O autor ainda explica que atrás de uma doença existe um ser humano que clama não só pelo alívio e controle da dor e do sofrimento físico, mas pela valorização do ser humano que habita naquele corpo com todas as limitações que a doença acarretou. Marcucci (2005) comenta que, os Cuidados Paliativos implicam numa visão holística, que considera não somente a dimensão física, mas também as preocupações psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes. Para estes casos o problema não é somente de diagnóstico e de prognóstico, mas é necessário que o profissional e o paciente revejam e estabeleçam suas próprias definições de vida e morte. Já Liberato e Carvalho (2008, p.342), dizem que o câncer se apresenta como um grande desafio atual. Ainda hoje são associados à dor, ao sofrimento e à morte, requer tratamentos dolorosos, invasivos, muitas vezes mutiladores, que comprometem a qualidade de vida.

Na concepção de Gimenes (2003, p. 54), “a interface da Psicologia e a Oncologia é representada pela Psiconcologia, utilizando-se do conhecimento educacional, profissional e metodológico, proveniente da psicologia da saúde”. A partir desses conhecimentos são delineadas estratégias de intervenção que podem ser utilizadas em diferentes níveis, desde a fase da prevenção até o tratamento, reabilitação ou a fase terminal da doença. Pois para o autor:

A psiconcologia começa a surgir como área sistematizada do conhecimento a partir do momento em que a comunidade científica passa reconhecer que tanto o aparecimento quanto a manutenção e a remissão do câncer são intermediadas por uma série de fatores, cuja natureza extrapola condições apenas de natureza biomédica. Assim, a psiconcologia procura estudar as duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico do câncer: o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, sua família e profissionais da saúde envolvidos em seu tratamento e os papéis variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência ao câncer”.

A psiconcologia segundo Souza (2000), atua junto às pessoas com câncer, visando abordagem dos aspectos psicológicos envolvidos no adoecimento e no tratamento. Lida também, com o contexto familiar e social, além de oferecer apoio aos outros profissionais de



saúde. Começou a ser sistematizada a partir da percepção de que fatores não orgânicos influenciavam no surgimento, na evolução e no resultado do tratamento do câncer. Assim como o aumento do tempo de vida dos pacientes oncológicos, em função dos avanços da medicina e da descoberta de novos medicamentos, demanda o acompanhamento psicológico das diversas fases da doença, visando uma melhor qualidade de vida. Nisto se inclui o suporte psicológico durante intervenções, como cirurgias, radio e quimioterapia, que frequentemente geram efeitos colaterais agressivos e/ou desconfortáveis.

No entanto para Junior (2001, p. 63):

A psiconcologia é uma ferramenta indispensável para promover as condições de qualidade de vida do paciente com câncer, facilitando o processo de enfrentamento de eventos estressantes, se não aversivos, relacionados ao processo de tratamento da doença, entre os quais estão os períodos prolongados de tratamento, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, as alterações de comportamento do paciente (incluindo desmotivação e depressão) e os riscos de recidiva.

O atendimento profissional, independente da abordagem teórico-filosófica do psicólogo, deve ultrapassar os limites do consultório e da prática psicoterápica, inadequada e insuficiente para o cumprimento dos objetivos da psiconcologia, indo buscar e trabalhar com o paciente onde quer que ele se encontre (na sala de espera de um hospital, na enfermaria, na sala de procedimentos invasivos, em casa, ou em qualquer outro local) e incluindo participação ativa de diferentes profissionais. A psiconcologia deve ser entendida como um instrumento que viabiliza atividades interdisciplinares no campo da saúde, desde a pesquisa científica básica até os programas de intervenção clínica (JUNIOR 2001).

Segundo Carvalho (2008, p 374) a dimensão do cuidado com o paciente oncológico caracteriza-se pela preponderância do cuidar sobre o curar; exige atitudes humanas, não apenas analíticas, compreensíveis e essencialmente científicas; ver não somente a doença, mas o que existe de sadio no paciente. “Não podemos esquecer nunca que o doente lida com sua doença de acordo com o perfil psicológico que caracteriza sua personalidade como um todo e o acompanha em todos os processos de sua vida diária”.

Freud trouxe a integração mente-corpo, demonstrando que acontecimentos psíquicos podem ter consequências graves, abrindo caminho para ações no modelo biopsicossocial na Medicina. Os estudos, pesquisas e atuações desenvolvidas nesse campo contribuíram para a formação do conceito da Psicossomática (CARVALHO, 2002).

Segundo Simonetti (2004, p. 18)

O ser humano comumente confere sentido a tudo o que ele vivencia, e com o adoecimento não é diferente. O conjunto de sentidos que o sujeito confere a sua doença constitui, como consequência, o campo dos aspectos psicológicos. O foco da psicologia hospitalar é o aspecto psicológico em torno do adoecimento.

Todas as doenças são de origem psicossomática, de acordo com Volich (2000), pois os fatores emocionais têm influência em todos os processos fisiológicos pelas vias nervosas e humorais. Assim, a psicossomática busca compreender as doenças como perturbações da coordenação total dos processos orgânicos e não como processos locais isolados.

Deste modo, o estudo dos distúrbios psicossomáticos deve ser feito através da Psicologia na tentativa de localizar os efeitos dos problemas da psique sobre a parte corporal da pessoa. Assim, o desenvolvimento psicossomático é uma aquisição gradual, e tem seu próprio ritmo, e todo o processo de desenvolvimento tem que ser levado em consideração, qualquer salto ou falha no processo de desenvolvimento é uma distorção, e um pulo aqui ou um atraso ali, deixam uma cicatriz (WINNICOTT, 1990).

As aproximações entre a teoria do stress psicológico e a psicanálise podem ser visualizadas por meio do pensamento psicossomático clássico e pela psiconeuroimunologia (PNI), que segue a concepção da unidade indissociável entre a psique e a mente, condição inerente ao pensamento da psicobiologia que norteia o conceito de stress psicológico.

Devido à falta de interdisciplinaridade que predominou até algum tempo atrás, busca-se sanar, através da Psiconeuroimunologia, as lacunas existentes entre as neurociências e a imunologia. Ambas tiveram um importante desenvolvimento nos últimos anos, mas ampliaram seu campo de conhecimento sem levar em consideração as relações entre o sistema estudado e o restante dos sistemas do organismo.

O estudo de vias anatômicas, fisiológicas e bioquímicas que conectam os sistemas nervoso, imunológico e endócrino permitiu concluir que os diferentes componentes do organismo são estruturas isoladas. Ao contrário, estabelece-se uma complexa trama de relações, tanto anatômicas como funcionais, que conectam os diferentes sistemas e órgãos entre si, em particular, os sistemas neuroendócrino e imunológico. Tais inter-relações tem grande importância devido às funções de proteção, homeostase e controle que desenvolvem dentro do organismo e das quais dependem o bom funcionamento e adaptação dos indivíduos ao ambiente (CARVALHO, 2002)

Desta forma, são elementos fundamentais os estudos das relações que existem entre o sistema nervoso, o imunitário e endócrino com comportamento, as emoções ou outras variáveis de caráter psicológico, devido basicamente a dois fatores diferenciados. De um lado, existe um interesse a respeito dos efeitos que os sistemas nervosos, imunitários e endócrinos puderam

exercer sobre variáveis psicológicas. Por outro lado, o empenho pelo estudo das influências que podem exercer o comportamento os as emoções sobre estes mesmos sistemas e, sobre o estado de saúde. Neste sentido, os estudos em PNI abordam frequentemente as questões que se referem as possíveis relações entre fatores psicossociais e parâmetros imunológicos (ULLA; REMOR, 2002).

Para Moraes (1987, p. 132), os mecanismos de defesa, quando utilizados por esse paciente tem dupla finalidade: “lutar contra a angústia desencadeada diante da ameaça da doença e estabelecer uma nova maneira de relacionamento da pessoa doente com o meio e consigo mesma”. O conceito de enfrentamento refere-se às formas cognitivas, comportamentais e emocionais que as pessoas administram situações estressantes, envolvendo tentativa de preservar a saúde mental e física. Sendo assim, é um processo dinâmico, uma serie de respostas que significam a interação do indivíduo com o seu meio (STRAUB, 2005).

Dentre as inúmeras estratégias de enfrentamento que o paciente com o diagnóstico de câncer utiliza, encontramos o *coping*, que significa lutar, competir, enfrentar; essa postura traz a diminuição do estresse, e, se o *coping* for efetivo, com a diminuição da emoção, o evento estressor poderá, enfim, ser superado (HUDAK; GALLO, 1997 apud BARBOSA, 2012.).

Venâncio (2004 apud Barbosa, 2012, p. 95) explica que:

Quanto mais informações o paciente tiver sobre o quadro de sua doença, maiores serão as suas chances de enfrentar o adoecimento. O psicólogo deve, para isso, usar uma linguagem clara e usual, facilitando o entendimento e checando se as informações prestadas pela equipe foram compreendidas. Atuando junto à família, o psicólogo deve reforçar os vínculos entre o paciente e seus familiares, compartilhando diálogos abertos, experiências e emoções. Outro fator importante é a interação entre os profissionais envolvidos no tratamento do câncer de mama; para que se tenha um bom resultado, essa interação é fundamental.

Nem todas as estratégias de enfrentamento são eficazes, como alguns comportamentos que não confrontam o fator estressor diretamente, podem piorar a situação e tornarem-se mal adaptativas. Em outros casos, as estratégias de enfrentamento apenas ajudam a pessoas a tolerar ou aceitar a situação que não pode ser alterada. As vítimas que mantêm uma postura positiva diante da doença, com um “espírito guerreiro”, têm prognóstico melhor do que os que se “entregam”, do ponto de vista psicológico (STRAUB, 2005, p. 77).

A aceitação da doença como primeiro passo a ser dado ante à realidade atua positivamente, sendo caracterizada como uma vantagem sobre o estressor (BARBOSA, 2012). A esperança do paciente em retornar a viver normalmente reflete de modo positivo no enfrentamento de situações de crise (BERGAMASCO; ANGELO 2001 apud BARBOSA, 2012).

Com os recentes avanços em psiconeuroimunologia, os pesquisadores estão prestando mais atenção a fatores psicológicos, em particular o papel do estresse, no desenvolvimento do câncer. Considerando o estresse no tratamento de câncer, a maioria dos pacientes demonstra uma resiliência física e psicológica notável. O acesso a informações, a percepção de um certo grau de controle sobre o tratamento e a capacidade de expressar emoções, sentindo-se amparado por outras pessoas, são fatores importantes na adaptação ao tratamento para o câncer (STRAUB, 2005).

Lazarus (1999, p. 152) desenvolveu uma abordagem para descrever as respostas variadas ao estresse, classificando-as de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ou emoção:

O enfrentamento focalizado na emoção é a estratégia em que a pessoa tende a controlar a resposta emocional ao estressor, acreditando que pouco ou nada possa ser feito para alterar a situação, ou não reconhece suas capacidades como suficientes para superar a situação. Dentro dessa classificação do enfrentamento com foco na emoção, existem os tipos de fuga: fuga-evitação (onde o indivíduo se afasta física ou psicologicamente da situação estressora), distanciamento (afastar-se psicologicamente da situação, fazendo pouco caso do problema enfrentado) e reavaliação positiva (implica na reinterpretção da situação de transformar algo negativo em positivo).

No caso no enfrentamento focalizado no problema o indivíduo lida diretamente com o fator estressor, ou aumentando sua capacidade de lidar com a situação ou diminuição da demanda. Straub (2005, p.81), ainda fala que os psicólogos da saúde fizeram um progresso considerável compreendendo as reações psicológicas dos pacientes ao tratamento para o câncer e o tipo de intervenções eficazes no auxílio a sua adaptação [...]. “Outra coisa que também traz benefícios são as intervenções que se concentram em prevenir a sensação de impotência entre os pacientes durante o tratamento [...]”. Fundamental para qualquer intervenção eficaz é proporcionar aos pacientes de câncer apoio emocional e oportunidade para discutir seus medos em relação à doença e ao tratamento.

## **METODOLOGIA**

Para este estudo foi utilizado a pesquisa qualitativa, pois, esse tipo de pesquisa envolve a totalidade dos seres humanos, centralizando-se na experiência humana em cenários naturalistas, onde os seres humanos são tratados como seres únicos e que atribuem significados às próprias experiências.

De acordo com Minayo et al. (2009), a pesquisa qualitativa, responde a questões muito particulares, engajada na investigação e na compreensão de um nível de realidade que não pode ser quantificado. Para atender a esse propósito, a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Gil (1999, p. 54) complementa enfatizando que a pesquisa qualitativa:

[...] se preocupa, nas ciências sociais, com nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Participaram desta pesquisa cinco pacientes que passaram ou ainda estão fazendo tratamento oncológico, onde a pesquisadora irá até suas residências para aplicar a entrevista, o grupo amostral tem idade entre 18 e 80 anos. Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, para os pacientes diagnosticados com câncer. Para Gil (1999), a preparação do roteiro da entrevista é um ponto fundamental, e depende do tipo de entrevista que será adotado. Apesar disso, Baker (1988, p.182 apud Gil, 1999) trata de algumas regras gerais referentes à elaboração do roteiro:

(a) as instruções para o entrevistador devem ser elaboradas com clareza. (b) as questões devem ser elaboradas de forma a possibilitar que sua leitura pelo entrevistador e entendimento pelo entrevistado ocorram sem maiores dificuldades. (c) Questões potencialmente ameaçadoras devem ser elaboradas de forma a permitir que o entrevistado responda sem constrangimentos. (d) Questões abertas devem ser evitadas. Quando são elaboradas questões deste tipo, o entrevistador deve anotar as respostas. (e) as questões devem ser ordenadas de maneira a favorecer o rápido engajamento do respondente na entrevista, bem como a manutenção do seu interesse.

A introdução da entrevista é outro ponto primordial para a sua aplicação. É extremamente importante que o entrevistado fique sabendo o que pretende o entrevistador e porque está fazendo a entrevista.

De acordo com Moreira e Caleffe (2008, p. 95),

Enquanto alguns questionários são usados em entrevista face-a-face, nós estamos nos referindo a documentos que contêm um número de perguntas às quais os respondentes terão que responder. Eles talvez terão que marcar nos espaços, escrever opiniões ou colocar as opções em ordem de importância.

Pretende também assumir uma postura exploratória, que, como cita GIL (1999, p.69), “Tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para os estudos posteriores”.

Foi solicitado aos entrevistados, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que fosse formalizado o contrato ético entre pesquisador e participantes, seguindo os preceitos éticos preconizados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As entrevistas só tiveram início após a assinatura dos termos. Seguindo as orientações preconizadas nesta Resolução, sobre ética em pesquisa com seres humanos, aos participantes foram reservados o direito de desistirem da pesquisa no momento que desejassem, sem que isto incorresse em qualquer prejuízo aos mesmos.

A pesquisadora optou por não gravar as entrevistas em função de convicções pessoais de que o paciente fragilizado pelo sofrimento, com a presença do gravador poderia sentir este como a presença de uma “terceira pessoa”, o que inibiria e reduziria a espontaneidade do momento. E também, ao ter empatia com o paciente, esta percebe que se recusaria a participar uma pesquisa gravada, porque suscitaria fantasias de como este material poderia ser usado no futuro, pois traduz uma dor muitas vezes insuportável. Portanto sem ter a preocupação com gravador a pesquisadora conseguiu interação mais efetiva com o paciente, como olhar nos olhos, atenção integral, acolhimento, perceber o limite do paciente e identificar a dor emergente do momento com a redução da ansiedade, para então conduzir a entrevista num espaço de acolhimento e escuta.

Após a coleta de dados, as informações foram agrupadas em categorias (ou temas), emergentes da fala dos participantes, submetidas à análise qualitativa, e foram interpretadas de acordo com o referencial teórico. Na literatura disponível foram buscadas explicações para os motivos destacados, dos depoimentos fornecidos pelos entrevistados, em relação ao problema de pesquisa.

De acordo com Bardin (apud Gil, 2002), a análise de conteúdo desenvolve-se em três fases. A primeira é a pré-análise, onde se procede à escolha dos documentos, à formulação de hipóteses e à preparação do material para análise. A segunda é a exploração do material, que envolve a escolha das unidades, a enumeração e a classificação. A terceira etapa, por fim, é constituída pelo tratamento, inferência e interpretação dos dados.

A análise Temática é o momento em que vamos nos perguntar se realmente compreendemos a mensagem do autor no texto. Aqui devemos recuperar: o tema do texto; o problema que o autor se coloca; e a ideia central e as secundárias do texto. Normalmente isto é

feito junto com o esquema do texto. Nele, você irá indicar cada um dos itens acima, reconstruindo o raciocínio do autor do texto; recuperando seu processo lógico.

Para a análise dos dados foram utilizados o procedimento de análise de conteúdo, para Minayo (2004) pode-se destacar duas funções para o uso dessa técnica a primeira é que através da mesma se pode encontrar respostas para questões anteriormente formuladas, podendo ou não confirmar afirmações (hipóteses), a outra função é a descoberta do que está além dos conteúdos manifestos.

## ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

De acordo com Bardin (1999 apud Gil, 2002), a análise de conteúdo desenvolve-se em três fases. A primeira é a pré-análise, onde se procede à escolha dos documentos, à formulação de hipóteses e à preparação do material para análise. A segunda é a exploração do material, que envolve a escolha das unidades, a enumeração e a classificação. A terceira etapa, por fim, é constituída pelo tratamento, inferência e interpretação dos dados.

Para a análise dos dados foram utilizados o procedimento de análise de conteúdo. Conforme Minayo (2004), pode-se destacar duas funções para o uso dessa técnica. A primeira é que através da mesma se pode encontrar respostas para questões anteriormente formuladas, podendo ou não confirmar afirmações (hipóteses). A outra função é a descoberta do que está além dos conteúdos manifestos.

**Tabela 01: Dados dos entrevistados**

Participantes	Idade	Sexo	Escolaridade	Estado civil	Tempo em tratamento
Entrevistado 01	58 anos	Masculino	Ens. superior	Solteiro	01/2010
Entrevistado 02	36 anos	Masculino	Não respondeu	Solteiro	6 meses
Entrevistado 03	73 anos	Feminino	Ens. Fundamental	Viúva	Não respondeu
Entrevistado 04	Não respondeu	Feminino	Ens. Médio	Viúva	2 anos

Fonte: O autor (2016).

Nota-se, que as variáveis, idade e sexo são relativos, no entanto, o câncer não se restringe a idade, muito menos ao sexo, portanto, é importante enfatizar que a duração do tratamento também varia.

Carvalho (2008), afirma que diversos aspectos da doença são susceptíveis de desencadear reações emocionais intensas e prolongadas. A incerteza em relação ao futuro, o sofrimento e dor física, a dependência, a perda de controlo sobre os acontecimentos, os efeitos secundários dos tratamentos, a recorrência da doença e os problemas da separação e da morte, são alguns dos aspectos com maior impacto psicológico.

**TABELA 02: Recebendo o diagnóstico do câncer? Como se sentiu?**

<b>Participantes</b>	<b>Como foi receber o diagnóstico?</b>	<b>Como se sentiu?</b>
Entrevistado 01	Afirma que se preparou muito para receber a resposta do médico.	Sentiu-se entusiasmado, pois não ver a doença como o fim.
Entrevistado 02	Afirma que não foi fácil, teve que buscar forças interior para conseguir aceitar.	Sentiu-se com medo.
Entrevistado 03	Manteve-se firme, e só pediu graças a Deus.	Não respondeu.
Entrevistado 04	Aceitou a realidade.	Sentiu-se triste.

**Fonte:** O autor (2016).

O momento da descoberta, é o mais difícil, analisando as falas dos entrevistados, visto que, o indivíduo tem dificuldade de aceitar o processo de adoecer, pois na maioria das vezes pensam que não vão conseguir estarem inseridos na sociedade, haja vista que, quando se fala no tratamento, os pacientes acometidos pelo câncer associam a tratamentos agressivos, ocasionando mudanças corporais morfológicas.

Martins e colaboradores (2005), discutem que, no acontecer da doença, o indivíduo que tende a viver em estado de homeostasia, sofre um desequilíbrio e a potencial situação de crise vai exigir ao indivíduo que reencontre de novo o seu equilíbrio. "O homem saudável não luta pela sua manutenção homeostática, mas pelo encontro de formas superiores de equilíbrio mesmo que isso signifique correr o risco de ficar doente".

**TABELA 03: Que forma de ajuda buscou para enfrentar o diagnóstico e tratamento?**

<b>Participantes</b>	<b>Forma de ajuda</b>
Entrevistado 01	Ajuda espiritual, e com pessoas próximas.
Entrevistado 02	Fé.
Entrevistado 03	Buscou ajuda em Deus, afirma.
Entrevistado 04	Buscou ajuda com os amigos e irmãos, que a levaram para confirmar o diagnóstico e a equipe da Unidade Básica de saúde do Bairro.

**Fonte:** O autor (2016).

Nota-se a unanimidade em relação à forma de ajuda que buscaram para enfrentar o diagnóstico e tratamento, pois todos responderam que buscaram ajuda em Deus, mostrando que acreditam na fé acima de tudo e é primordial para aceitar o diagnóstico e enfrentar a doença, claro, neste momento torna-se necessária a presença de um profissional psicólogo, pois toda ajuda é válida, e um profissional, sem dúvidas, seria fundamental.

A experiência clínica demonstra que as famílias influenciam e são influenciadas pela saúde dos seus elementos e que os cuidados de saúde primários podem contribuir para a melhoria da saúde, quer da família, quer do elemento doente. Estes dados deverão ser cientificamente validados através da investigação (Ribeiro, 2007).



Estudos confirmam que facultar informação aos familiares relacionada com o lidar com a doença pode corresponder a um dos mais úteis procedimentos por parte dos profissionais de saúde, permitindo desta forma melhores resultados em termos clínicos.

**TABELA 04: Quanto aos sentimentos, quais foram os mais fortes?**

Participantes	Sentimentos mais fortes
Entrevistado 01	Superação, coragem e fé em Deus.
Entrevistado 02	Não ter aproveitado a família, medo de morrer.
Entrevistado 03	Medo de morrer, e deixar a família.
Entrevistado 04	Tristeza, pois o marido não apoiava.

**Fonte:** O autor (2016).

Para Martins e Colaboradores (2005, p.119), “a doença pode ser considerada uma situação ameaçadora e limitativa, geradora de ansiedade e exigindo um esforço de confrontação, na qual o indivíduo avalia os seus recursos e processos habituais de resolução de problemas”. Neste contexto, a pressão do meio físico e social no indivíduo, irá potencialmente desencadear processos cognitivos conscientes ao lidar com a ansiedade, sendo esta evocada pelos desafios do meio envolvente.

A filosofia básica desta corrente considera cada indivíduo como tendo capacidade consciente e liberdade de escolha, descobrindo o sentido da vida na aceitação do seu fim, ou na morte, sendo a angústia um elemento decorrente dessa consciencialização. O Homem move-se numa perspectiva de crescimento e evolução, tendendo sempre para o desenvolvimento das suas potencialidades; sem, no entanto, se esquecer do momento presente ou das circunstâncias sua vida atual.

**TABELA 05: Em algum momento, pensou em desistir do tratamento?**

Participantes	Pensou em desistir do tratamento?
Entrevistado 01	De maneira nenhuma.
Entrevistado 02	Não, o tratamento ajuda a enfrentar a doença.
Entrevistado 03	Não, buscava a cura.
Entrevistado 04	Nunca pensou em desistir.

**Fonte:** O autor (2016).

Quando foi questionado se em algum momento os pacientes pensaram em desistir do tratamento, as respostas quanto a esta pergunta foram unânimes, todos os entrevistados responderam que não, em nenhum momento pensaram em desistir do tratamento. A ansiedade está presente em todo o processo de adaptação à doença. Este processo inclui a aceitação, ou seja, o reconhecimento e compreensão das limitações e perdas impostas pela doença.

Segundo Ribeiro (2007), a resposta da família face ao diagnóstico de doença grave geralmente segue um curso esperado. Pode existir um período de negação perante a situação, seguida de uma rápida mobilização de recursos e suporte por parte da família. Durante a fase de crise, toda a família se mobiliza perante o doente mesmo quando existe história de conflitos, afastamento ou separação entre os elementos da família.

**TABELA 06: Procura encontrar um lado bom, diante de tal situação?**

<b>Participantes</b>	<b>Procura encontrar um lado bom, diante desta realidade?</b>
Entrevistado 01	Buscou valorizar mais a vida.
Entrevistado 02	Procura motivar-se e aproveitar os momentos que lhe restam.
Entrevistado 03	Procurou lutar, ainda que fosse o fim, afirma.
Entrevistado 04	Afirma que a doença serviu para buscar motivação para si e para outrem.

**Fonte:** O autor (2016).

De acordo com as respostas a esta questão, torna-se evidente que a valorização da vida e da família, está inserida em primeiro lugar neste quesito, a partir daí nota-se que é de fundamental importância a presença na família no tratamento do paciente diagnosticado com uma patologia temida pela população.

Assim sendo, o diagnóstico de doença oncológica, ainda muito associado a uma evolução fatal, e os tratamentos que a acompanham são fonte de intenso sofrimento psicológico para o doente e para a família. Apesar de alguns doentes conseguirem adaptar-se à doença, outros apresentam dificuldades nessa adaptação após o diagnóstico, sendo possível a ocorrência de perturbações emocionais, como é o caso de ansiedade e/ou depressão clinicamente significativas.

É neste contexto que Ribeiro (2007), traz em sua obra que, a presença de comorbidade psicológica nestes doentes é elevada, sendo frequentemente acompanhada por sintomas físicos como a fadiga, a insônia, a perda de apetite ou perturbações na esfera sexual. Provavelmente não existe uma forma única de resposta psicológica à doença oncológica que se possa considerar uma “adaptação adequada”. Cada doente lida com a doença oncológica de forma pessoal e individual, contudo, o fato de alguns doentes oncológicos tenderem a suprimir a expressão das suas emoções, pode contribuir para o aumento dos níveis de ansiedade e depressão.

**TABELA 07: Quanto às dificuldades encontradas no tratamento.**

<b>Participantes</b>	<b>Quais dificuldades?</b>
Entrevistado 01	Praticamente não encontrou nenhuma, pois o plano de saúde ajudou-lhe.
Entrevistado 02	Saber que iria ter câncer, do sofrimento e da dor.
Entrevistado 03	Ficar no hospital para o tratamento.

Entrevistado 04	Achou de fácil adaptação, mesmo com os efeitos colaterais.
-----------------	--

**Fonte:** O autor (2016).

De acordo com a questão em análise, pôde-se observar que os pacientes entrevistados através deste questionário, encontraram um ponto de partida para o problema, onde a mobilidade social e a força de vontade fizeram a diferença na vida da maioria. Assim sendo, torna-se oportuno enfatizar que é de fundamental importância a presença de um profissional psicólogo frente a casos em que o paciente recebe o diagnóstico de câncer.

Alguns dos entrevistados relataram que desconhecem determinada ajuda de um profissional psicólogo, evidenciando, portanto, o que foi relatado no objetivo desta pesquisa. De maneira específica e com base nos relatos através dos pacientes oncológicos entrevistados, é nítida a importância desse profissional frente ao tratamento do câncer, uma vez que, é uma doença progressiva e de difícil aceitação.

Para Martins e colaboradores (2005), o processo de adaptação à doença implica lidar com mudanças nos comportamentos habituais, sem perder a capacidade de formular objetivos a longo prazo, envolvendo elementos ambientais, culturais e familiares.

#### **TABELA 08: Quanto ao acompanhamento psicológico.**

<b>Participantes</b>	<b>Faz acompanhamento psicológico?</b>
Entrevistado 01	Não, nunca fez tratamento psicológico.
Entrevistado 02	Não sabia que poderia fazer.
Entrevistado 03	Faz acompanhamento com uma equipe médica.
Entrevistado 04	Faz acompanhamento e participa de grupos de apoio.

**Fonte:** O autor (2016).

A confiança que o doente tem na sua capacidade para tomar atitudes relevantes numa dada situação, ou seja, a percepção de auto-eficácia, influencia a adaptação à doença e ao tratamento. As expectativas sobre a eficácia podem ser recolhidas a partir de quatro fontes: resultados positivos na performance, experiências de sofrimento, persuasão verbal e estado psicológico (MARTINS, 2005, p.122).

#### **TABELA 09: Em relação ao apoio psicológico no tratamento.**

<b>Participantes</b>	<b>Importância do apoio psicológico</b>
Entrevistado 01	De grande ajuda.
Entrevistado 02	Não respondeu.
Entrevistado 03	O apoio faz toda a diferença.
Entrevistado 04	Faz toda a diferença.

**Fonte:** O autor (2016).

A fala dos pacientes vem de encontro com a discussão de Martins e Colaboradores (2005), em que a ajuda de profissionais competentes é, indubitavelmente, necessária a estes doentes, os quais, sem apoio, poderão ficar bloqueados pela negação da situação, fixar-se em recompensas alternativas ou deixar-se dominar pelos aspectos emocionais persistindo em comportamentos desajustados de descarga emocional ou de "aceitação resignada".

## CONSIDERAÇÕES

Esse estudo possibilitou identificar os principais motivos contribuintes que podem prejudicar o tratamento de um paciente oncológico, bem como a importância do profissional psicólogo frente a pacientes com diagnóstico de câncer. O delineamento de cada um desses processos, em suas dimensões positivas e negativas, fornece elementos profícuos para o aperfeiçoamento da assistência psicológica oferecida a pacientes submetidos a este problema de saúde.

Cabe então ao psicólogo a necessidade de adquirir e mobilizar saberes que lhe proporcione conquistar ou adaptar os seus estilos de vida. Assim, vai adquirindo saberes que lhe permitem gerir as suas atividades nos diferentes autocuidados com o paciente oncológico.

Compreender o indivíduo enquanto um ser que adoece, de forma “individual”, prestando uma assistência psicológica adequada, fazendo com que ele encontre o ponto de partida para enfrentar tal situação, é, contudo, o primeiro passo para o tratamento do câncer. Pois esse problema começa a ser enfrentado a partir do momento em que o doente aceita sua condição de saúde.

Os dados apresentados nesta pesquisa permitem considerar que é extremamente importante a participação do psicólogo no tratamento do paciente diagnosticado com câncer, enquanto as demais equipes de saúde cuidam da patologia em si, este profissional realiza o cuidado psicológico. Portanto, é necessário que os profissionais psicólogos, tenham uma atenção contínua e eficaz voltada para a saúde e o bem-estar da população. Conhecer as principais queixas de pacientes oncológicos é de fundamental importância, para que possam intervir no processo do cuidado assistencial, praticando mutuamente todas as técnicas e conhecimentos científicos voltados aos fatores de risco abordados ao longo desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

KARSCH, U. M. **Idosos dependentes:** famílias e cuidadores. São Paulo: Cad Saúde Pública, 2003.

MENDONÇA, F.; et al. **Avaliação das Necessidades dos Prestadores Informais de Cuidados de Saúde**. São Paulo: Geriatria, 2000.

VOLICH, R. M. Perspectiva histórica. In: \_\_\_\_\_. **Psicossomática**. 6. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WINNICOTT, D. W. **Natureza Humana**. Tradução de Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990