



UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC
FACULDADE REGIONAL DE CIÊNCIAS EXATAS E SOCIAIS DE BARBACENA
PSICOLOGIA

GABRIELA MAGNUS
JÉSSICA ANDRADE FURTADO

AS CONSEQUÊNCIAS PSICOSSOCIAIS CAUSADAS PELO CÂNCER NA FASE
JOVEM ADULTA

BARBACENA
2015

**GABRIELA MAGNUS
JÉSSICA ANDRADE FURTADO**

**AS CONSEQUÊNCIAS PSICOSSOCIAIS CAUSADAS PELO CÂNCER NA FASE
JOVEM ADULTA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade Presidente Antônio Carlos como
requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Karina Aparecida Coelho Otoni

**BARBACENA
2015**

Este trabalho é dedicado a Deus que nos deu força e paciência para chegarmos até aqui e a todas as pessoas que enfrentam ou já enfrentaram o câncer, sempre batalhando pela cura e melhor qualidade de vida, sem perder a esperança e vontade de viver.

Resumo

Este trabalho faz uma revisão da literatura com objetivo de debater as consequências psicossociais causadas pelo câncer em jovens adultos, bem como o trabalho desenvolvido pelo psicólogo com pacientes oncológicos, familiares e pessoas próximas aos mesmos. As consequências psicossociais se dão em ocasião da doença, afetando a vida psicologia, física e social no processo do adoecer. Embasado na psicologia hospitalar e na psico-oncologia, o trabalho traz informações sobre a doença, os danos físicos e emocionais que os tratamentos podem acarretar. Ressalta-se a importância do psicólogo na vida desses indivíduos que, em sua maioria, não conseguem lidar com os novos hábitos e rotinas, sentimentos e angústias, impostos pela doença e que agora fazem parte de suas vidas. Serão mencionadas também técnicas e estratégias de enfrentamento da doença desenvolvidas por profissionais de saúde utilizadas pelos pacientes oncológicos que visam a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos.

Palavras-chave: Câncer. Psicologia. Psico-oncologia. Psicologia hospitalar. Jovens adultos.

Abstract

This paper is a literature review to discuss the psychosocial consequences of cancer in young adulthood as well the psychologist work with oncologic patients, families and other people close to them. The psychosocial consequences are given in occasion of the disease, affecting their lives psychologically, physically and socially in its process. Based on hospitalar psychology and psycho-oncology, it also provides information about the disease the physical and emotional damage that treatments can entail. It points out the importance of the psychologist in the lives of most people that can not cope with the new habits and routines, feelings and anguishes brought by the disease that becomes part of their lives. It will be mentioned techniques and strategies developed by health professionals that can be used by cancer patients in order to improve their life quality and well being.

Keywords: Cancer. Psychology. Psycho-oncology. Health psychology. Young adults.

Sumário

Resumo	9
Abstract	10
Introdução	6
1 A psicologia hospitalar e o câncer	8
2 As consequências psicossociais do câncer na fase jovem adulta	13
3 A importância da psicologia no contexto oncológico	20
Conclusão	26
Referências bibliográficas	27

Introdução

A fase jovem adulta, considerada neste trabalho como sendo dos vinte aos quarenta anos de idade, é de extrema atividade e produtividade relacionadas ao trabalho, vida familiar e social, o que torna as consequências do câncer bastante agravantes no sujeito. Afinal, é nessa fase da vida que as pessoas geralmente estão no ápice de suas carreiras, vida social e de relacionamentos.

O câncer é uma doença de alto índice de crescimento e causas variadas (externas e internas ao organismo, podendo estar ambas inter-relacionadas). As causas externas estão relacionadas ao meio ambiente e aos costumes próprios de determinado ambiente sócio-cultural, como por exemplo, hábitos alimentares, estresse em função da rotina diária, exposição a substâncias tóxicas, entre outros (INCA, 2015). As internas geralmente são geneticamente pré-determinadas, ligadas à capacidade do organismo de defesa das agressões externas. Todos esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (INCA, 2015).

O psicólogo trabalha, juntamente com o paciente, as questões que a doença traz à tona na vida deste e de sua família, tais como a perda das atividades diárias de uma vida produtiva comum livre de doenças; a hospitalização, os procedimentos médicos e as medicações do indivíduo com câncer; bem como as mudanças e renovações dos hábitos alimentares; a perda do cabelo, mais especificamente nas mulheres, devido à quimioterapia; e toda a angústia voltada para a nova vida pós diagnóstico de câncer (REZENDE, 2011).

As contribuições deste trabalho para a psicologia estão voltadas para o estudo e compreensão dos questionamentos e sentimentos de angústia que, pessoas diagnosticadas com uma das doenças que mais mata hoje em dia, sentem e conseguem ou não lidar. Afinal, quando se escuta a frase "você está com câncer", acontece toda uma mudança na vida do indivíduo, mesmo que esta não seja perceptível em um primeiro momento, visto que se trata de uma doença vista culturalmente e diretamente ligada à morte (OLIVEIRA *et al.* 2010).

Não só o orgânico da doença deve ser tratado, mas principalmente o que não pode ser visto em exames ou radiografias. É a partir de um bom entendimento pessoal que a doença poderá ser tratada e a promoção da saúde e do bem-estar, efetivada (MARTINS *et al.* 2009).

O primeiro capítulo tem como base a Psicologia Hospitalar relacionada ao câncer, abordando os objetivos e estratégias que o psicólogo utilizará com relação à doença, ao paciente e seus familiares (SIMONETTI, 2004). Será enfatizado também como se dá a

formação e o desenvolvimento de uma neoplasia, bem como seu diagnóstico e tratamentos, muitas vezes invasivos e dolorosos.

No segundo capítulo serão abordadas as consequências psicossociais que o indivíduo geralmente apresenta a partir do momento do diagnóstico, estendendo-se ao tratamento. Através das concepções enfatizadas por Alfredo Simonetti, em seu livro “Manual de Psicologia Hospitalar”, serão citadas também as fases identificadas no indivíduo, em razão da doença, bem como as estratégias de enfrentamento da doença, referidas por outros autores.

Por fim, o terceiro capítulo mostrará a importância do acompanhamento psicológico durante a fase de vida de um indivíduo acometido com câncer, seus familiares e pessoas próximas. Afinal, é uma doença que gera desestabilidade emocional em todos os envolvidos (MARTINS *et al.* 2009).

1 A psicologia hospitalar e o câncer

O campo da psicologia que tem como propósito prestar atendimentos a pacientes diagnosticados com alguma doença de fator orgânico ou físico podendo causar alterações e desequilíbrio biopsicossocial é denominado de Psicologia Hospitalar (SIMONETTI, 2004). Tal ramo tem como destino pacientes internados em hospitais gerais e também que procuram atendimentos em consultórios ou ambulatórios com o intuito de minimizar o sofrimento emocional que a doença acarreta em sua vida e na de sua família como um todo (GORAYEB, 2001).

Essa área de atuação da psicologia tem como ponto principal desenvolver, junto com o paciente, um processo de elaboração do adoecer, onde a travessia da experiência do adoecimento é, muitas vezes, incompreendida pelo indivíduo adoecido. O psicólogo ajuda a compreender melhor esse momento de inconstância, dúvidas e incertezas, permitindo que o paciente fale sobre seus sentimentos, temores e desejos relacionados à doença, à vida, a si mesmo e até à morte. Aqui, o profissional deve ter as características de um ouvinte e não de um guia (SIMONETTI, 2004).

O psicólogo hospitalar trata dos aspectos psicológicos em razão do adoecimento, uma vez que o real da doença já é registrado e tratado pelo médico. Sua especialidade é então trabalhar com as palavras, haja vista que nenhum outro profissional tem treinamento e habilidade para atuar desta forma. Simonetti (2004) afirma que mesmo para os pacientes impedidos de falar em função de fatores orgânicos, inconsciência ou medicação, o trabalho do psicólogo se faz de forma imprescindível. Afinal, existem variadas formas de comunicação através de signos não verbais, como gestos, olhares, escrita e até mesmo o silêncio.

Nesse processo, o paciente tem tempo suficiente para elaborar sua angústia, uma vez que o psicólogo dá vazão a tal sentimento, através da escuta. É aqui que se observa a diferença do psicólogo para os demais profissionais da saúde e até mesmo familiares e amigos. Estes não conseguem lidar com o sofrimento e a angústia do indivíduo adoecido e tentam, de todas as formas, negar ou simplesmente encobrir e ocultar tais sentimentos. O psicólogo sustenta esses sentimentos diretamente com o paciente a fim de que ele possa falar, simbolizar e, por fim, dissolvê-los (SIMONETTI, 2004).

Sendo assim, Simonetti (2004) configura em seu livro “Manual de Psicologia Hospitalar”, a psicologia hospitalar como o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em razão do adoecimento:

O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um “real”, de natureza patológica, denominado “doença”, presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família ou na equipe de profissionais (SIMONETTI, 2004, p.15)

A doença a ser discutida, analisada e compreendida sob aspectos orgânicos e psicológicos é o câncer que, ainda hoje, é uma das doenças que mais matam no mundo e que possui mudanças orgânicas, físicas e sociais na vida de um indivíduo acometido por esta e também na família do mesmo.

De acordo com dados estatísticos analisados por Cascais, Matini e Almeida (2008), o número de pessoas diagnosticadas com essa doença é de 24,6 milhões, estimando-se ainda para o ano de 2020, cerca de 30 milhões, tornando-se assim um grande problema na saúde pública dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, o câncer de pele não melanoma é o de maior incidência, seguido pelo câncer de mama nas mulheres, próstata nos homens, pulmão, cólon e reto, estômago e cólo do útero (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008).

Camon (2004) faz uma alusão da doença ao caranguejo: “A ideia de que o câncer torna sua vítima prisioneira da mesma forma que o caranguejo: até a morte. Essa analogia ilustra o peso que o câncer tem em nosso contexto social e as crenças a ele relacionadas” (p.112).

É uma doença que, ao longo dos anos, recebeu inúmeros significados distorcidos de sua real fisiopatologia, associada a fatores místicos, castigos divinos, impurezas e a condições de higiene física e moral. Sua concepção foi sendo modificada através de estudos, onde se descobriu que as causas externas e internas podem também contribuir para seu desenvolvimento (MOLINA & MARCONI, 2006).

As inúmeras células constituintes do corpo humano se reproduzem e são renovadas constantemente a partir do processo denominado divisão celular. Em se tratando de um sistema saudável, essas células são eliminadas pelo sistema imunológico, ao passo que, devido a fatores hereditários e/ou adquiridos, tais células sofrem mutações e não são eliminadas, crescendo de forma agressiva e incontrolável, causando a formação de tumores ou neoplasias malignas (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2013).

Quando as células crescem de forma lenta e semelhante às de um tecido normal e não possuem a capacidade de espalhar-se (metástase) para outras partes do corpo, trata-se de um tumor benigno, que pode ser totalmente removido através de uma cirurgia. Quando rapidamente multiplicadas e com capacidade de invasão de outros órgãos, denomina-se tumor

maligno, cujo processo de cura vai depender de seu diagnóstico precoce e do tipo de tratamento adotado (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2013)

É uma doença acometida por fatores tanto internos quanto externos ao organismo, podendo estar ambos inter-relacionados. Os fatores externos são aqueles relacionados ao meio ambiente, aos hábitos ou costumes próprios do ambiente social e cultural. Já os internos, estão ligados à capacidade de defesa do organismo a agressões externas, sendo geneticamente pré-determinadas (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008).

Cerca de aproximadamente 80% a 90%, dos cânceres estão ligados a fatores ambientais, denominados como cancerígenos ou carcinógenos. É válido lembrar que o fator genético é de extrema importância no processo de origem e desenvolvimento de um câncer, porém, raramente está ligado a tal doença sozinho. Os fatores ambientais estão associados ao meio ambiente em geral; ao ambiente ocupacional, como indústrias químicas que expõem trabalhadores a poluentes tóxicos; ao ambiente de consumo como alimentos e estilo de vida e hábitos diários, levando em consideração o adoecimento psíquico do indivíduo devido a estresse do cotidiano, condições de trabalho exaustiva, dentre outros fatores(CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008).

Para que um câncer se desenvolva é necessária a exposição das células aos agentes causadores do mesmo segundo sua intensidade e duração. Como por exemplo: a probabilidade de surgimento do câncer de pulmão está proporcionalmente ligada à quantidade de cigarros fumados por dia e/ou anos, assim como o câncer de pele, que é relacionado a uma grande exposição ao sol, sendo estes considerados exemplos de fatores externos(CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008).

Quanto aos fatores internos, cânceres de mama, estômago e intestino, por exemplo, possuem um alto índice de hereditariedade, mas também estão ligados a outros fatores diversos, levando à premissa de que o fator genético não caminha sozinho (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008).

Pode-se levar vários anos para que a proliferação da célula cancerígena se desenvolva e dê origem a um tumor visível, tendo-se então, o processo de carcinogênese, que passa pelos estágios de iniciação, de promoção e de progressão até a sua formação. No primeiro estágio, o de iniciação, as células sofrem o efeito dos agentes cancerígenos que provocam modificações em alguns de seus genes. Nesta fase, as células se encontram geneticamente alteradas, porém ainda não é possível se detectar um tumor clinicamente, pois há uma necessidade de exames mais detalhados (INCA, 2015).

No segundo estágio, as células geneticamente alteradas, ou seja, “iniciadas” sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. A célula iniciada é transformada em célula maligna, de forma lenta e gradual. Para que ocorra essa transformação, é necessário um longo e continuado contato com o agente cancerígeno promotor. A suspensão do contato com agentes promotores, muitas vezes, interrompe o processo nesse estágio. Alguns componentes da alimentação e exposição excessiva e prolongada a hormônios, são exemplos de fatores que promovem a transformação de células iniciadas em malignas (INCA, 2015).

O terceiro e último estágio, se caracteriza pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse estágio, o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença (INCA, 2015).

Os fatores promotores da iniciação ou progressão da carcinogênese são denominados agentes oncoaceleradores ou carcinógenos, podendo ou não possuir os componentes atuantes dos três estágios da carcinogênese. Devido ao avanço da ciência e da medicina propriamente dita, atualmente existem muitos procedimentos cirúrgicos, quimioterapias e radioterapias que podem curar o câncer, quando diagnosticado a tempo (INCA, 2015).

Molina & Marconi (2006) afirmam que, por muito tempo, a única opção para o tratamento do câncer era a realização de cirurgias para a remoção de tumores ou a prevenção da doença. Atualmente, com a evolução da medicina, foram desenvolvidos tratamentos como a radioterapia, a hormônioterapia, a imunoterapia e a quimioterapia, ainda que cada vez mais específicos, provocam inúmeros efeitos colaterais, comprometendo a saúde e a qualidade de vida dos pacientes, como náuseas, fraqueza e queda de cabelo.

O câncer tem um grande potencial de ameaça à vida por comprometer a integridade e o funcionamento do organismo. É temido culturalmente por estar vinculado a algo radical e mutilador, à medida que muda completamente a rotina de vida e tem uma ligação direta com a morte (OLIVEIRA *et al.* 2010).

Por se tratar de uma doença crônico-degenerativa, tem evolução prolongada e progressiva, exceto quando interrompido em alguma de suas fases. É caracterizado por período de latência e fase assintomática prolongados, havendo ainda a possibilidade de inúmeros fatores de risco (CARVALHO *et al.* 2009).

Carvalho (2002) faz uma associação do crescimento do câncer com a possibilidade de este estar diretamente ligado a fatores emocionais e psicológicos, onde há a possibilidade de existir uma associação do estresse e depressão como formas de definhamento do sistema imunológico e, conseqüentemente, ocasionando o aparecimento da doença.

Contudo, sabe-se que quando a pessoa recebe um diagnóstico de uma doença como esta, está sujeita a vivenciar diversos sentimentos, independente de tratamento e/ou cura, pois surge o medo da dor, ansiedade, falta de esperança, estado depressivo e também o medo da morte. Além de sentimentos de variáveis psicológicas, existe também todo conjunto de alterações físicas por conta de cirurgias e suas respectivas cicatrizes, quimioterapias, radioterapias e seus efeitos diversos no organismo, assim como fatores sociais e culturais no qual a doença leva a pessoa sentir, principalmente quando esta se encontra na fase mais produtiva de sua vida, a jovem adulta, compreendida dos vinte aos quarenta anos (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008).

2 As consequências psicossociais do câncer na fase jovem adulta

A rotina de vida de um jovem adulto, considerando que esta fase ocorra dos vinte aos quarenta anos, está voltada, em sua maioria, para o trabalho, estudo, construção de laços sociais e familiares, crescimento profissional e, conseqüentemente, pessoal. Sendo assim, é considerada uma fase de extrema importância e construção na vida do indivíduo, onde há certo amadurecimento em razão de suas experiências.

O câncer, nesta fase, envolve mudanças biopsicossociais, elaborações de diagnóstico e alterações na rotina do sujeito. Segundo Rezende (2011) através dos efeitos colaterais do tratamento, ocorrem algumas mudanças no organismo dos pacientes, o que faz com que tais efeitos modifiquem a imagem corporal dos mesmos, como queda de pelos e/ou cabelos, aumento ou diminuição do peso, amputações e diversas limitações. Sendo assim, há uma necessidade por parte dos pacientes de mudar suas vivências.

A trajetória inicial do diagnóstico de câncer é vista como um momento de intensa mobilização por parte de todos: paciente, família, amigos e profissionais da saúde. Quando se trata de um câncer nessa fase, que envolve indivíduos dos vinte aos quarenta anos de idade, é perceptível implicações psicossociais como: surpresa, medo, compaixão, tristeza, isolamento, inibição e até mesmo desespero. Afinal, trata-se de uma fase de intensa produtividade e desenvolvimento, o que acaba levando o sujeito a pensar em interrupções, dificuldades e dor (MARTINS *et al.* 2009).

O câncer tem uma representação social ligada ao estigma de que no passado não havia tratamento adequado nem uma perspectiva positiva quanto à cura da doença. Atualmente, com todo o avanço tecnológico e terapêutico, a probabilidade de cura aumentou significativamente, se diagnosticado precocemente (MOLINA & MARCONI, 2006).

Seu diagnóstico faz com que o paciente sofra um isolamento social e emocional, em que suas necessidades, desejos, angústias, medos e fantasias são expressos, juntamente com a família, de forma única e singular. O processo de adoecimento até a uma possível morte envolve inúmeras perdas, tais como a perda da saúde, dos objetivos, dos sonhos, da independência, do espaço e da própria vida do sujeito (MELO *et al.* 2013).

Melo *et al.* (2013) estabelecem ainda que a doença é ambígua e desestruturada, por se tratar de algo incontrolável e imprevisível, causando, por sua vez, sentimentos de insegurança, pavor, pânico e ansiedade, sendo vista ainda como algo perigoso por representar um pólo entre vida e morte. Contudo, apesar de toda essa desestruturação, o indivíduo com câncer pode desenvolver e aceitar sua nova realidade, adaptando-se a uma nova rotina e perspectivas

que podem ser desenvolvidas através do apoio psicológico, ajudando o indivíduo a ver além do que a doença lhe acomete.

Simonetti (2004) cita, em seu livro, a órbita da doença e pontua ainda quatro posições para a sua apresentação que podem variar conforme os dias e são consideradas, portanto, inconstantes e mutáveis:

“Adoecer é como entrar em órbita. A doença é um evento que se instala de forma tão central na vida da pessoa, que tudo o mais perde importância ou então passa a girar em torno dela, numa espécie de órbita que apresenta quatro posições principais: negação, revolta, depressão e enfrentamento.” (SIMONETTI, 2004, p.37)

Tais posições não são específicas da doença e sim uma forma que o indivíduo dispõe no enfrentamento de crises, na reação a doenças, no recebimento de notícias ruins e até mesmo ao encarar a morte, entre outros.

Comumente, a primeira reação de um indivíduo frente ao diagnóstico de uma doença é a de choque, seguido de descrença, encontrando-se frente a uma dura e cruel realidade. Para muitos, o único modo imediato de lidar com a doença, é negando-a, não propositalmente, mas simplesmente porque naquele momento é o que se pode fazer e, portanto, deve ser respeitado e não confrontado. A negação é uma falta de condições psicológicas que deve ser entendida como característica do momento. Nessa posição, o indivíduo age como se a doença não existisse ou minimiza sua gravidade, deixando para depois as providências e cuidados necessários. Alguns negam ainda a doença para os familiares e pessoas próximas, escondendo a realidade diagnosticada (SIMONETTI, 2004).

Na posição de revolta, o indivíduo percebe e enxerga de fato a doença, dirigindo sua raiva para quem quer que seja: equipe, doença, família, quem aparecer por perto e para si próprio. Aqui, a revolta se inicia com uma frustração, seguida de irritação e depressão. Frustra porque modifica a liberdade e a rotina, irrita porque mudam-se os hábitos e, em muitos casos, perde-se a autonomia e deprime porque é difícil acreditar que “isso está acontecendo comigo” (SIMONETTI, 2004).

Ainda segundo o autor, na posição de depressão, o indivíduo se entrega à doença como se fosse uma desistência, relacionando-se mais à desesperança, ao desespero, onde o silêncio torna-se a frase mais comum. Aqui, tal depressão tem sentido de luto e tristeza e deve ser entendida como necessária em seu enfrentamento.

Por fim, a última posição pontuada por Simonetti (2004), a de enfrentamento, é onde o indivíduo deixa para trás as fantasias de insuficiência e encara a doença de forma mais realista. Nessa posição o indivíduo torna-se forte e potente porque nada está sendo negado,

seu pensamento torna-se amplo e inclusivo e não se busca mais o sentido da doença e sim como e o que fazer para lidar com essa realidade.

Simonetti (2004) trata ainda a esperança, que não é necessariamente uma posição de toda essa órbita da doença, mas é o “fio” que conecta e sustenta todas as outras quatro posições. A esperança é o fator que, independente de como demonstrado e sentido, está sempre presente, até mesmo no último instante.

Baraldi & Silva (2002) estabelecem outra consequência comum em se tratando do câncer. Ao descobrir a doença, inevitavelmente, a família se desestrutura, pois o cotidiano da mesma é alterado, a rotina doméstica precisa ser reorganizada, o orçamento familiar fica exposto a drásticas mudanças, pois há despesas com transporte, medicamentos, alimentação, entre outros; e a distribuição de tarefas também sofre alterações, cujos papéis sociais desenvolvidos por cada membro são revisados, o que coloca o doente em destaque, como o de maior importância na dinâmica familiar.

Cheron & Pettengill (2011) consideram família como aquilo que compõe laços sanguíneos, relações formalizadas por parentesco, núcleo doméstico, aquela conjugal e extensa e também não legitimada juridicamente, dentre outros. Contudo, partindo do pressuposto de que família é uma expressão não passível de conceituação e sim de descrição, definir-se-a que família é quem a pessoa considera que seja.

Ter um membro na família diagnosticado com câncer implica uma série de modificações na dinâmica da mesma, como por exemplo, as tarefas domésticas e até mesmo de cuidados com o ente adoentado, se tornam responsabilidades dos filhos e não apenas dos pais. De certa forma há um envolvimento por parte de todos, uma vez que a descoberta da doença causa intenso sofrimento, não só no indivíduo diagnosticado, mas, principalmente, naqueles que o rodeiam. Isso contribui para a desestruturação da base dessa família, afinal gera sofrimento em todas as pessoas (CHERON & PETTENGILL, 2011).

Cheron & Pettengill, (2011) afirmam ainda que é possível perceber a aproximação da família em razão da doença, onde as oportunidades para ficarem juntos são mais aproveitadas e a compreensão se torna mais viável por parte de todos.

O pré-diagnóstico, o diagnóstico, o tratamento e as mudanças familiares são etapas comuns à maior parte das famílias de sujeitos com câncer. O sucesso do tratamento se dá por diversos fatores, tais como: resposta imunológica do paciente, procedimentos, gravidade, efeitos colaterais e outros que se correlacionam ao sofrimento e desconforto do paciente (MARTINS *et al.* 2009).

Em se tratando do diagnóstico do câncer relacionado à família do indivíduo acometido pela doença, o estresse causado pelo mesmo pode fazer com que os membros familiares apresentem-se queixosos diante do sofrimento que o tratamento causa no indivíduo adoentado, colocando-os frente ao desconhecido: a doença e tudo o que a envolve (FARINHAS; WENDLING; ZANON, 2013).

Tal estresse citado acima está relacionado às demandas do tratamento, como as internações, as cirurgias e as sessões de quimioterapia e radioterapia. Sendo assim, através da rotina de tratamento do indivíduo acometido com câncer, os familiares têm total influência no mundo da doença, tornando-se parte significativa no sucesso do tratamento.

Com toda a vivência do sofrimento e das mudanças causadas por essa doença, é importante que a família, assim como o indivíduo acometido pelo câncer, também tenha um acompanhamento psicológico. Porém, sabe-se ainda que na maioria dos casos, tal acompanhamento não acontece, pois isso não é visto como algo necessário por muitos (FARINHAS; WENDLING; ZANON, 2013).

Ainda sobre os relacionamentos sociais, familiar e de amizade, Molina & Marconi (2006) citam a importância da família como aquilo que os pacientes possuem de mais verdadeiro e precioso, associando o conforto e o bem-estar à mesma. Contudo, sentem também sentimentos de medo e compaixão no olhar de cada ente querido, preocupando-se mais com eles do que consigo mesmo. Quando entram na fase de aceitação, tendem a procurar uma forma de tranquilizar e confortar seus familiares, com o intuito de prepará-los para uma possível morte, ou seja, algo inevitável a todos os seres humanos.

Martins *et al.* (2009) pontuam alguns dos sintomas mais relevantes do tratamento de um indivíduo com câncer:

Os sintomas mais decorrentes do tratamento são: depressão, ansiedade, insônia, fadiga, stress psicológico, vômito, náusea e as limitações das habilidades. A fadiga é o sintoma mais debilitante, aumentando o tempo de retorno ao trabalho, enquanto a ansiedade e a depressão ocasionam o afastamento das atividades normais (MARTINS *et al.*, 2009, p.158)

A partir do momento em que é internado para o processo de tratamento ou realização da cirurgia para remoção do tumor, o indivíduo torna-se dependente da equipe hospitalar e da própria família para o tratamento e cuidado específicos, podendo apresentar medo, ansiedade e angústia; medo de entregar seu corpo a outrem, ansiedade pela separação de pessoas significativas, da mudança de hábito, da dependência física, medo da dor e da morte, e vários

outros que acometem um indivíduo hospitalizado. Ao passo que a hospitalização restringe o paciente a tais sentimentos, a morte passa a ser encarada diariamente como algo corriqueiro.

Como se trata de uma fase que as pessoas são produtivas profissional e economicamente, ao se descobrir a doença, muitas destas se afastam do trabalho e de seus afazeres diários. Contudo, a permanência laboral pode ajudar na recuperação do tratamento, pois, conseqüentemente, aumenta a autoestima e o controle emocional e reduz a ansiedade, o que faz com que o paciente tenha uma maior aceitação, valorização e compromisso com o tratamento, tornando-se assim uma grande influência no processo de cura (MARTINS *et al.* 2009).

Segundo Oliveira *et al.* (2010), o indivíduo sofre, ao longo do processo, muitas perdas, desde seu diagnóstico até seu tratamento e prognóstico. Sendo assim, o câncer pode levar até mesmo ao agravamento de situações de depressão, ansiedade ou psicose.

Na fase inicial do tratamento, os pacientes tendem a usar estratégias para modificar o estresse causado pelo mesmo, para lidar de forma menos sofrida com a situação. Tendem a usar ainda práticas religiosas e pensamentos fantasiosos em busca de um conforto emocional, apresentando maior domínio psicológico. Tais estratégias levam a pessoa a recorrer a aspectos cognitivos e comportamentais para enfrentar o evento estressor, o câncer. Diante de cada fase da doença, novas estratégias são criadas, afinal cada uma delas se dá numa situação diferente (OTATTI & CAMPOS, 2014).

Descrevendo de forma sucinta, Otatti & Campos (2014) citam as estratégias em dois focos: emoção e problema. O foco na emoção é voltado para o irreal, tendo o objetivo de diminuir o impacto causado pelas emoções advindas do problema. Já o foco no problema é voltado para a realidade, onde o indivíduo se aproxima do câncer com o objetivo de diminuir os impactos causados pelo mesmo através de ações criadas a partir de sua relação com o ambiente e, normalmente faz-se o uso de ambas as estratégias.

As autoras afirmam ainda que as adaptações às novas fases da doença se dão através da forma como os problemas relacionados a mesma são enfrentados, ao passo que, quanto melhores solucionados, melhor a qualidade de vida do paciente (OTATTI & CAMPOS, 2014).

Em se tratando das mulheres acometidas com câncer, percebe-se um estresse além daquele relacionado ao desconforto da hospitalização e de todo tratamento que envolve a possível cura da doença, elas carregam também um notável fardo em razão do sentimento de culpa, relacionado a ausência no lar e na dinâmica familiar. Tal ausência familiar acarreta

certa angústia e consequente responsabilidade por adquirir a enfermidade (CARVALHO & MERIGHI, 2005).

Não obstante em preocupar-se com a doença e a família, a mulher com câncer acaba se preocupando ainda com as alterações físicas causadas pelo tratamento da doença, o que interfere progressivamente em sua autoestima e em seu estado emocional (CARVALHO & MERIGHI, 2005).

Os homens, por sua vez, não aceitam a fragilidade, as limitações e a necessidade de cuidados que a doença acarreta, uma vez que estas são culturalmente correlacionadas à mulher. Isso leva ao pensamento equivocado da perda de sua masculinidade imposta pelo diagnóstico, ao passo que as novas condições o impedem de exercer e vivenciar tal característica, o que o leva a sentimentos de vulnerabilidade, impotência diante da situação, descontrole emocional, perda da autoestima e situações de vitimização (MODENA *et al.* 2014).

É importante ressaltar ainda que mesmo que a doença abranja várias pessoas, apenas uma terá maior responsabilidade: o cuidador, que na maioria das vezes, é o familiar mais próximo como pai, mãe, irmãos, cônjuges e/ou um profissional contratado. O cuidador terá que se adaptar, então, a novos hábitos e horários determinados, em função do tratamento, devendo estar completamente disponível para uma rotina nada previsível (FARINHAS; WENDLING; ZANON, 2013).

Farinhas, Wendling e Zanon (2013) afirmam ainda que o cuidador, em sua maioria, é do sexo feminino e que por mais que a adaptação à nova rotina seja corriqueira e cansativa, o mesmo transmite positividade ao tratamento, influenciando diretamente em seu resultado. Contudo, se faz necessária uma atenção voltada ao cuidador, que sofre desgaste físico e emocional por estar em contato direto com a doença e tudo o que ela acomete.

Para Molina & Marconi (2006) o diagnóstico da doença leva o paciente a pensar muito sobre suas verdadeiras amizades e com isso o mesmo se afasta daqueles que não demonstram preocupação acerca de seu estado atual, fazendo com que apenas os amigos autênticos permaneçam nesse momento de sua vida. Esse afastamento se dá porque algumas pessoas não sabem lidar bem com tal fato e acabam falando coisas inapropriadas e desmotivadoras para o momento. Afinal, tal momento não deve estar vinculado à negatividade e sim a palavras de apoio que tragam motivação para o doente.

As autoras afirmam ainda que o afastamento de alguns amigos pode dar-se também pelo sentimento de pesar cultivado ou porque simplesmente essas pessoas não sabem tratar com naturalidade o indivíduo acometido com câncer. Contudo, ao encontrarem amigos que se

disponibilizam a ajudar e a enfrentar de fato todos os obstáculos advindos da doença, os pacientes sentem apreço e gratidão pelos mesmos. (MOLINA & MARCONI, 2006).

Quando se tem um relacionamento estável diante desse processo a tendência é que o (a) companheiro (a) se torne mais solícito e compreensivo, solidificando-o. Todavia, quando a relação já se encontra desgastada, o diagnóstico pode desestruturá-la e enfraquecê-la, por motivos financeiros, emocionais e até sexuais, uma vez que o tratamento afeta o organismo como um todo (MOLINA & MARCONI, 2006).

Os autores estabelecem que há a necessidade de uma criação de estratégias para o enfrentamento da doença, não só desenvolvidas pelo indivíduo acometido, como por todos aqueles que o rodeiam. Uma dessas estratégias envolve a espiritualidade, caracterizada pela fé, religião ou crença em algo que dê força, perseverança e motivação para continuar, haja vista que o câncer é culturalmente ligado à perda e à morte. Partindo desse pressuposto, após o diagnóstico da doença, tanto o indivíduo acometido como aqueles que o rodeia, sentem uma necessidade de crer em algo que não é visível, mas sim sentido. Alguns pacientes e seus familiares podem nunca ter sentido tal necessidade antes do diagnóstico ao passo que, a partir deste, tornam-se capazes de criá-la a fim de que algo sustente a esperança da cura (FARINHAS; WENDLING; ZANON, 2013).

Graner, Junior e Rolim (2010) afirmam que em razão dos desconfortos comumente ligados aos exames diagnósticos e as práticas terapêuticas convencionais que geralmente acometem limitações físicas, sociais e psicológicas em um indivíduo com câncer, é de extrema importância a atenção aos recursos existentes para lidar com a dor, dada pelos profissionais de saúde, uma vez que esta produz uma visível redução de qualidade de vida.

Os autores estabelecem ainda que a dor pode ser identificada quanto à sua origem, à sua intensidade e localização. Quanto à origem, está relacionada à indução pela doença, tratamento e/ou quando o indivíduo apresenta outras doenças. Quanto à intensidade, esta pode ser classificada como aguda (quando dura de alguns minutos a semanas) e crônica (quando dura de alguns meses a anos). E, por fim, quando relacionada à sua localização, a dor pode ser somática, episódica ou neuropática.

Pode-se observar um crescimento notável na busca por terapias e técnicas alternativas e adicionais àquelas relacionadas à medicina convencional medicamentosa, como por exemplo, a psicoterapia, a prática de exercícios de relaxamento com intuito de reduzir e minimizar a dor e o desconforto do paciente, acupuntura, yoga, entre outros (GRANER; JUNIOR; ROLIM, 2010).

3 A importância da psicologia no contexto oncológico

Como já citado anteriormente, não se pode preocupar somente com a causa orgânica que a doença causa no indivíduo, mas também é necessário cuidar do fator social e emocional do mesmo. Para que esse cuidado ocorra, é necessária uma equipe multiprofissional, que trabalhando em conjunto em uma perspectiva biopsicossocial, pode gerar resultados de grande valor na melhora do paciente. Não apenas o indivíduo ganha com esse tratamento, uma vez que o trabalho de cada profissional pode interferir de maneira positiva no exercício de cada um. Em seu artigo, Martins *et al.* (2009) fazem uma menção ao trabalho desses profissionais:

A proposta de trabalho para os profissionais que atuam em oncologia deve corresponder a um trabalho em equipe definida pela liderança compartilhada, pelas habilidades de trabalho em grupo, pelo clima, coesão e nível de contribuição dos membros do grupo (MARTINS *et al.*, 2009, s.p).

Diante de todo amparo profissional, é importante ressaltar a necessidade de uma melhora na comunicação entre paciente e profissionais, com o intuito de se criar estratégias com a finalidade do tratamento oferecer um melhor resultado e, conseqüentemente, maior qualidade e bem estar. Tais estratégias são importantes para que o paciente desempenhe uma habilidade de criticar e de participar de sua qualidade de vida (REZENDE, 2011).

Estudos realizados por autores de um dos artigos utilizados para a composição deste trabalho comprovam que o aceitar da doença e o conduzir do tratamento se dão a partir do equilíbrio emocional, da autoestima do indivíduo e do apoio que este recebe, uma vez que esses três fatores ajudam no enfrentamento, por exemplo, das alterações da imagem corporal. Um aspecto importante na vida dessas pessoas é o fato de que o câncer provoca uma mudança drástica e de extrema importância, fazendo-as refletir sobre seus atos, valores e crenças vividos até o momento, dando abertura para sentimentos de conformidade e esperança e, ao mesmo tempo, de revolta e desespero (OLIVEIRA *et al.* 2010).

Oliveira *et al.* (2010) afirmam que é de grande importância enfatizar os aspectos psicossociais no tratamento clínico do paciente com câncer. Contudo, isso ainda é um desafio, visto que o câncer e seu tratamento envolvem questões como moral, ética, rotulagem, reestruturação, luto, vida, luta e morte. Sendo assim, é importante ressaltar a necessidade da capacitação e da sensibilidade dos profissionais para lidar com todas essas questões para que seja possível humanizar ainda mais o apoio que lhes será dado.

Um dos desafios da Psicologia está ligado à emoção e em como esta deve ser encarada. Desde as últimas décadas, muitos estudos em Psicologia vêm colocando como

objeto principal de estudo, as emoções do indivíduo. Apesar de complicadas, tais emoções são bastante perceptíveis fisiologicamente, como por exemplo, quando algo desperta um sentimento ou uma sensação diferenciada, o coração dispara e a expressão muda (KERBAUY, 2001).

A doença, seu tratamento e/ou prevenção, estão ligados diretamente ao estilo de vida que o indivíduo terá que se adaptar dali em diante, onde o papel do psicólogo será voltado para a identificação, através das emoções do paciente, das principais dificuldades que o mesmo enfrentará (KERBAUY, 2001).

Os sentimentos de emoção são fatores importantes na determinação dos efeitos que o tratamento ou a prevenção de uma doença podem causar em um indivíduo, ou seja, têm influência direta na obtenção de uma qualidade de vida efetiva adquirida ou não durante o tratamento (KERBAUY, 2001).

As autoras Otatti & Campos (2014), afirmam que as estratégias terapêuticas devem ser sustentadas e direcionadas para auxiliar estes indivíduos a se posicionarem diante da nova realidade que lhes foi imposta e para os métodos positivos de enfrentamento da doença. Tais estratégias de enfrentamento e qualidade de vida têm uma relação de grande relevância e vêm ganhando notoriedade no campo da ciência.

Os psicólogos são essenciais pelos benefícios que podem proporcionar, através da prática terapêutica, aos pacientes acometidos com a doença. Essa prática e seus atributos contribuem, de uma forma geral, para todos os estudos na área da oncologia, incluindo não apenas os profissionais de psicologia, mas todos que estarão envolvidos na mesma (OTATTI & CAMPOS, 2014).

As estratégias de enfrentamento focadas no problema e utilizadas pelo paciente podem ser vistas como questões que orientam os profissionais de saúde na realização de suas tarefas de maneira melhor e mais abrangente, com destaque para os psicólogos. Complementando essa afirmativa, pode-se observar que a maioria dos pacientes sente-se culpada por estar acometida com a doença. Além disso, estes precisam de uma forma de demonstrar seus sentimentos e, com isso, o papel do psicólogo torna-se ainda mais importante (OTATTI & CAMPOS, 2014).

As autoras Carvalho & Merighi (2005) citam uma das atribuições do papel e trabalho do psicólogo diante dessa situação:

Escutar alguém implica, em certo sentido, uma abdicação de si. É importante perceber qual sentido tem o comunicado para quem transmite. É acolher a palavra do outro, desde a mais corpórea até a ainda não pronunciada. Essa acolhida também

é, ao mesmo tempo, física psicológica e espiritual, para considerar o homem em sua inteireza (CARVALHO & MERIGHI, 2005).

O psicólogo exerce uma empatia capaz de aprofundar os mais temidos e ocultos sofrimentos do indivíduo, relacionados a agonia e a morte, o que faz com que o profissional desenvolva seu trabalho de forma pessoal e específica. Sendo assim, o paciente se sente amparado e não julgado por seu novo jeito de existir no mundo. A cultura que se faz presente está voltada para a não aceitação da morte, onde tudo gira em torno da ocultação da mesma e a vida passa então a ter aspectos infundáveis e imortais, o que, na realidade, não é possível (CARVALHO & MERIGHI, 2005).

Elementos emocionais e psicológicos relacionados ao diagnóstico e tratamento do câncer podem ser vistos e associados ao medo da morte, da dor, do desmembramento moral e social, da solidão, entre outros, quando tratados através da psicologia hospitalar. Sendo assim, com os avanços desse campo da psicologia e da eficiência do profissional, tal prática se tornou reconhecida e deu lugar a psico-oncologia, que é o resultado da ligação entre psicologia-oncologia e tem como objetivo ajudar o paciente a encontrar o seu lugar emocional e na sociedade durante o tratamento em que está submetido. Tal campo de atuação tem como propósito auxiliar o paciente na luta contra as reações e estigmas envolvidos com a doença. Portanto, a promoção do bem-estar e da qualidade de vida do paciente se torna um foco de atuação destes profissionais (OTATTI & CAMPOS, 2014).

Oncologia é a ciência que estuda o câncer, abrangendo sua formação, instalação, progressão, efeitos colaterais e possíveis modos para o seu tratamento. A psico-oncologia compreende as possíveis intervenções psicológicas acerca do paciente acometido com câncer e seus familiares, bem como cuidadores, leigos ou profissionais, vinculada à Psicologia da Saúde, representando uma ligação entre Oncologia e Psicologia (LIBERATO, 2008).

A psico-oncologia nasceu na Argentina, na década de 60 e, ganhou força nos EUA, sendo reconhecida também na Europa e demais localidades. Tem definições e formas de escrita diferentes, tais como: psiconcologia, psicooncologia, oncopsicologia, oncologia psicossocial e psico-oncologia. Seu surgimento se deu a partir das necessidades que o paciente oncológico necessita ao caminhar por essa fase de vida que a doença acomete (LIBERATO, 2008).

A autora Carvalho (2002) cita em seu artigo “Psico-oncologia: história, características e desafios”, que o equilíbrio do indivíduo se dá quando este consegue manter mente e corpo em constante harmonia. Pontua também que mesmo antes de se oficializar esta área, a mesma já prestava atendimentos nos hospitais e consultórios para indivíduos diagnosticados com

alguma disfunção orgânica. Contudo, psicólogos e psiquiatras só foram solicitados por oncologistas na década de 70, com o intuito de informar os diagnósticos de câncer ao paciente e seus familiares, uma vez que encontravam dificuldades em efetuar-lo.

É importante ressaltar que além das contribuições de Galeno, a psico-oncologia tem ainda contribuições advindas das vivências da própria psicologia e da psiquiatria, visto que estes campos influenciaram diretamente no desenvolvimento das diversas formas de tratamento de um paciente oncológico. Sendo assim, com o passar dos anos e, com o avanço de estudos, novos e mais abrangentes tratamentos e cirurgias se tornaram possíveis e, conseqüentemente, o estigma de que o câncer não havia cura foi removido, deixando de ser uma associação direta à morte. E, portanto, uma esperança pode ser criada (CARVALHO, 2002).

O trabalho psicológico do profissional no setor da oncologia condiz em dar apoio, aconselhar, auxiliar na reabilitação e efetuar atendimento individual e/ou em grupo, proporcionar ao paciente uma melhor aceitação do diagnóstico de sua doença, bem como uma melhor adesão ao tratamento, propiciar ainda certo alívio na dor e no sofrimento e estabelecer uma melhor qualidade de vida e, ao se tratar de um indivíduo em fase terminal, poder oferecer ainda cuidado paliativo (CARVALHO, 2002).

A autora cita, em seu artigo, Holland (1990), que designou a fundamentação da psico-oncologia:

Uma subespecialidade da oncologia, que procura estudar as duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico do câncer: 1) o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, sua família e profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento; 2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência ao câncer (HOLLAND, 1990 *apud* CARVALHO, 2002, p.11)

A psico-oncologia tem como principais tarefas: identificar e tratar aspectos psicossociais no fundamento e desenvolvimento da doença, identificar os aspectos psicossociais que podem prevenir e até mesmo reabilitar o indivíduo, desenvolver aprendizado e preparação acerca da assistência integral do paciente e seus familiares e fornecer informações teóricas a fim de contribuir na formação de outros profissionais que lidam com o tratamento oncológico (PORTAL QUALIFICAR, 2015).

Segundo dados apresentados no Portal Qualificar (2015), a partir da Portaria nº 3.535 do Ministério da Saúde, que determina princípios para o cadastramento no Centro de Atendimento em Oncologia, no dia 14/10/98, o Psicólogo passou a estar inserido na equipe de cuidados aos pacientes oncológicos.

A psico-oncologia está vinculada a formulação de saúde-doença, que foi se modificando ao longo dos tempos, a evolução da área médica especializada em Oncologia e também ao fato da Psicologia poder se inserir na área da Saúde. A cura do câncer está mais voltada para sua descoberta precoce do que para o tratamento com remédios e procedimentos, visto que o comportamento de um indivíduo com câncer tem total influência na sua recuperação (PORTAL QUALIFICAR, 2015).

Em seu livro, *Introdução à Psiconcologia*, Carvalho (1994) afirma que:

“A psico-oncologia começa a surgir como área sistematizada de conhecimento a partir do momento em que a comunidade científica passa a reconhecer que tanto o aparecimento quanto a manutenção e a remissão do câncer são intermediados por uma série de fatores cuja natureza extrapola condições apenas de natureza biomédica” (CARVALHO, 1994, s.p).

De acordo com o Portal Qualificar (2015), a medida que houveram avanços nos tratamentos relacionados ao câncer, começou a se ter um crescimento no número de pessoas sobreviventes a esta doença e com isso, respectivamente, se tornou indispensável que esses pacientes e suas famílias recebam um acompanhamento psicológico, visto que, como já dito anteriormente, intervenções nessa fase do tratamento ajudam, e muito, na maneira como esse indivíduo vai encarar essa nova situação que está inserido, renovando esperanças e deixando os estigmas de morte, dor e sofrimento, para trás.

Carvalho (2002) estabelece que existe ainda um grande desafio acerca da área, uma vez que para grande parte de profissionais de medicina, o câncer ainda é considerado uma enfermidade somente orgânica, desvinculado de fatores psicossomáticos. Esta afirmação se dá pelo fato de muitos psiquiatras tratarem doenças emocionais somente com medicamentos, muitas vezes sem considerar que o paciente necessita de um acompanhamento psicoterápico e, sendo assim, tal premissa ganha forças.

Para Carvalho (2002) o desafio se dá ainda por pura e simples falta de reconhecimento da equipe multidisciplinar, principalmente os médicos e/ou os enfermeiros, que muitas vezes acham que os psicólogos reprimem suas maneiras de exercer suas respectivas profissões. O câncer é uma patologia que necessita ainda de muitos estudos e investigações a respeito de suas causas orgânicas e fatores psicossomáticos, equiparando-se à psico-oncologia, que aos poucos vem ganhando espaço nos hospitais gerais, a fim de prestar apoio psicológico aos pacientes oncológicos, seus familiares e pessoas próximas.

Por fim, Carvalho (2002) estabelece que é de extrema importância que a equipe envolvida no tratamento de pessoas oncológicas saiba o que estas passam a sentir no

momento e a partir do diagnóstico, uma vez que o orgânico e o psicológico caminham juntos. É importante ainda entender e dar vazão às mudanças psicossociais ocasionadas em função da doença, lembrando sempre que não se trata apenas de uma enfermidade, mas sim de um ser humano feito de emoções e sentimentos.

Em suma, é preciso desmistificar o papel da psicologia de ser apenas uma “conversa” individual onde o psicólogo ouve os problemas do outro. Esta se faz necessária por escutar o indivíduo diagnosticado com câncer ou qualquer outra doença e integrar com a família deste e toda a equipe inter e multiprofissional, buscando o tempo todo aperfeiçoar estratégias de trabalho para promover a saúde e o bem-estar daquelas pessoas que estão sofrendo não apenas pela dor física, mas principalmente pela dor psíquica.

Conclusão

O câncer ainda é uma doença de alto índice de mortalidade, atingindo países desenvolvidos e em desenvolvimento, tornando-se assim um grande problema de saúde pública (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008). Tem como causa fatores genéticos e ambientais, tais como hábitos e estilo de vida, entre outros. É uma doença que atinge pessoas independente de raça, sexualidade, nível sócio-econômico e faixa etária, sendo considerada então como uma enfermidade global (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008).

A faixa etária aqui analisada, discutida e estudada sob aspectos psicológicos e sociais envolveu jovens adultos de vinte a quarenta anos de idade. Por ser uma fase de extrema produtividade e desenvolvimento pessoal e profissional, as consequências de tal doença podem ser consideradas ainda mais agravantes, uma vez que afeta diretamente os laços sociais, familiares e profissionais.

O indivíduo com esta doença apresenta além de mudanças físicas e fisiológicas em razão do tratamento oncológico, mudanças emocionais, pois sente, por um momento, que sua vida foi interrompida logo após o diagnóstico, levando-o a se sentir incapaz, com medo, desesperançoso, impotente diante da situação e mais próximo da morte.

Com base na psicologia hospitalar e na psico-oncologia, é possível perceber a necessidade de apoio e acompanhamento psicológico dos pacientes, seus familiares e pessoas próximas. Afinal, o câncer tem ligações com perdas, sejam elas físicas e psicológicas e é associado diretamente à morte, o que ocasiona certa desestabilização emocional em todos os envolvidos, que muitas vezes não conseguem lidar com a situação.

Foi possível apreender um pouco mais a respeito das técnicas utilizadas pelo profissional da psicologia com relação aos pacientes oncológicos e seus familiares e também com outros profissionais envolvidos no tratamento do câncer. Bem como as fases e estratégias apresentadas pelo indivíduo adoentado com relação à doença e seu tratamento.

Ainda que existam dificuldades e desafios do profissional da psicologia acerca da efetiva inserção e realização de seu trabalho na área, é preciso atentar para a sua importância, uma vez que é notável sua participação na vida de todos os indivíduos envolvidos com a doença. Pois por mais que os profissionais de outras áreas envolvidas na oncologia (médicos, enfermeiros e nutricionistas) ouçam o paciente, apenas o profissional da psicologia tem o poder da escuta. Afinal, seus anos de graduação são baseados no estudo da mesma, aprendendo então a dar vazão aos sentimentos de angústia, dor e sofrimento do indivíduo acometido com qualquer doença, independente de sua gravidade.

Referências bibliográficas

BARALDI, Solange; SILVA, Maria J. P. Reflexões sobre a influência da estrutura social no processo da morte – morrer. **O mundo da saúde**, v. 26, n.1, p. 174-177, 2002.

CAMON, V. A. **Tendências em psicologia hospitalar**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de *et al* . Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 4, p. 579-582, Ago. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 out. 2015.

CARVALHO, Mara Villas Boas de; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 951-959, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2015

CARVALHO, Maria Margarida M. J. de. **Introdução à psiconcologia**. Psy, 1994.

CARVALHO, Maria Margarida. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 10 nov. 2015.

CARVALHO, V. A. *et al.* (Org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

CASCAIS, A. F. M. V.; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, P. J. S. Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008.

CHERON, M. F. L.; PETTENGILL, M. A. M. **Experiência do irmão sadio em relação à doença e hospitalização do irmão com câncer**. São Paulo: Acta Paul Enferm, 2011.

FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; ZANON, L. L. D. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando famílias**, v. 17, n. 2, p. 111-129. 2013.

GORAYEB, R. A prática da psicologia hospitalar. Em M.L. Marinho & V.E. Caballo (Orgs), **Psicologia clínica e da saúde**. Londrina/Granada: UEL/APICSA, 2001.

GRANER, Karen Mendes; JUNIOR, Aderson Luiz Costa; ROLIM, Gustavo Satollo. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. **Temas em psicologia**. v. 18. n 2. 2010.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (Brasil). Disponível em: <<http://www.einstein.br/Paginas/home.aspx>> Acesso em: 16 out. 2015

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Câncer**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>. Acesso em: 18. out. 2015

KERBAUY, R. R. As emoções na prevenção de doenças e na manutenção do tratamento. In: Maria Luiza Marinho; Vicente E. Caballo. (Org.). **Psicologia Clínica e da Saúde**. Londrina: UEL - APICSA, 2001. p. 327-334.

MARTINS, L. C. *et al.* Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.55, n.2. São Paulo, 2009.

MELO, A. F. V. *et al.* **A importância do acompanhamento psicológico no processo de aceitação da morte**. v. 13, n. 1. São Paulo, 2013.

MODENA, Celina Maria *et al.* Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 1, abr. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 dez. 2015.

MOLINA, Maria Aparecida Salci; MARCONI, Sônia Silva. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. 4, p. 514-520, Aug. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2015

OLIVEIRA, C. L. *et al.* Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. **Rev. Rene.** v. 11, n. especial, 2010. p. 53-60.

OTATTI, F.; CAMPOS, M. P. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. v.17, n.2. **Act. Colom. Psicol.** Bogotá: 2014.

PORTAL QUALIFICAR (Brasil). Disponível em: <http://www.portalqualificar.com/>. Acesso em: 19 out. 2015.

REZENDE, A. M. **Compreendendo o adolescente com câncer: vivências da doença**. Belo Horizonte: SN, 2011.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2004.