



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO
CURSO DE PSICOLOGIA**

KAREN CAVALCANTE CATALDO TEÓFILO

**IMPACTOS PSÍQUICOS DECORRENTES DO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO ONCOLÓGICO**

FORTALEZA

2022

KAREN CAVALCANTE CATALDO TEÓFILO

IMPACTOS PSÍQUICOS DECORRENTES DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
ONCOLÓGICO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Bacharel em Psicologia
da Faculdade Metropolitana da Grande
Fortaleza – FAMETRO – como requisito para a
obtenção do grau de bacharel, sob a orientação
da prof.^a Ms. Francisca Fernanda Barbosa
Oliveira.

FORTALEZA

2022

KAREN CAVALCANTE CATALDO TEÓFILO

IMPACTOS PSÍQUICOS DECORRENTES DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
ONCOLÓGICO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentada no dia 12 de dezembro de 2022
como requisito para a obtenção do grau de
bacharel em Psicologia da Faculdade
Metropolitana da Grande Fortaleza –
FAMETRO – tendo sido aprovado pela banca
examinadora composta pelos professores
abaixo:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a M^a. Francisca Fernanda Barbosa Oliveira
Orientadora – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Prof^a M^a. Teresa Glaucia Gurgel Gabriele Costa
Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Prof^o. Ms. José Pereira Maia Neto
Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

À professora Fernanda Oliveira, que com sua dedicação, paciência e cuidado de mestra, orientou-me na produção deste trabalho.

IMPACTOS PSÍQUICOS DECORRENTES DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Karen Cavalcante Cataldo Teófilo¹

Francisca Fernanda Oliveira Barbosa²

RESUMO: O câncer é uma doença que pode surgir em qualquer pessoa e afetar qualquer parte do corpo. Existem centenas de tipos diferentes de câncer, cada um com características clínicas e biológicas diversas. O diagnóstico dessa patologia e o tratamento podem acarretar mudanças significativas na vida das pessoas e diante disso, pode resultar em algum nível de sofrimento psíquico. O presente estudo tem por objetivo analisar os impactos psíquicos desencadeados pelo diagnóstico e tratamento oncológico. Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, exploratória e analítica, de abordagem qualitativa. Participaram do estudo 20 indivíduos diagnosticados com câncer que estavam em tratamento. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados conforme a análise de conteúdo de Bardin. Foi possível perceber as implicações na saúde mental das pessoas que recebem o diagnóstico e fazem o tratamento do câncer, bem como as repercussões em suas vidas. Os principais impactos que emergiram foram os sentimentos de surpresa, dúvidas, ansiedade e incertezas relacionadas ao futuro, insegurança quanto à imagem corporal, diminuição da autoestima, sentimentos de inutilidade, impotência pelas alterações nas atividades sociais e laborativas. A espiritualidade/religiosidade e o suporte da família foram mencionados como importantes estratégias de enfrentamento. Esse estudo reforça a necessidade do psicooncologista realizar uma prática voltada para as especificidades e subjetividade do paciente oncológico e de seus familiares. Esta é uma importante questão a ser discutida e pesquisada pela Psicologia.

Palavras-chave: câncer; impactos psíquicos; diagnóstico; tratamento; psicologia.

¹ Discente do curso de Psicologia da UNIFAMETRO

² Psicóloga. Mestre em Psicologia da Saúde. Docente do curso de Psicologia da UNOFAMETRO.

ABSTRACT: Cancer is a disease that can appear in anyone and affect any part of the body. There are hundreds of different types of cancer, each with different clinical and biological characteristics. The diagnosis of this pathology and the treatment can bring about significant changes in people's lives, and this can result in some level of psychological suffering. The present study aims to analyze the psychic impacts triggered by the diagnosis and treatment of cancer. This study is a descriptive, cross-sectional, exploratory and analytical research, with a qualitative approach. Twenty individuals diagnosed with cancer who were undergoing treatment participated in the study. The data were collected through semi-structured interviews and analyzed according to Bardin's content analysis. It was possible to perceive the implications on the mental health of people who receive the diagnosis and undergo treatment for cancer, as well as the repercussions on their lives. The main impacts that emerged were the feelings of surprise, doubts, anxiety and uncertainties related to the future, insecurity about body image, decreased self-esteem, feelings of worthlessness, impotence due to changes in social and work activities. Spirituality/religiosity and family support were mentioned as important coping strategies. This study reinforces the need for the psych oncologist to perform a practice focused on the specificities and subjectivity of cancer patients and their families. This is an important issue to be discussed and researched by Psychology.

Keywords: cancer; psychic impacts; diagnosis; treatment; psychology.

INTRODUÇÃO

O câncer é um nome genérico dado a um conjunto de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. É caracterizado pelo crescimento descontrolado e disseminação de células no organismo, com o potencial de alastrar-se para órgãos vizinhos (Organização Mundial de Saúde, 2017; Instituto Nacional do Câncer, 2017).

O desenvolvimento do câncer resulta da influência de causas internas e externas. As internas se referem a fatores hereditários, isto é, predisposição genética, e representam em média de 5% a 10% de casos de cânceres. Por sua vez, as causas externas estão associadas ao ambiente, incluindo o tabaco, álcool, alimentação, obesidade e vida sedentária, poluição ambiental, comportamento sexual, agentes infecciosos, radiação ultravioleta e ionizante, agentes químicos, entre outros, sendo responsáveis por 90% dos casos de câncer (INCA, 2020).

As principais modalidades de tratamentos são cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Dependendo do tipo de câncer e estágio da doença, esses tratamentos podem ser indicados associados ou não. Nos últimos anos, observa-se grandes avanços nos cuidados destinados aos pacientes com câncer, o que possibilita maior controle da doença. Contudo, o câncer ainda é uma patologia associada à dor, sofrimento e a morte (INCA, 2020).

O período de adoecimento geralmente é acompanhado de mudanças significativas decorrente da doença e dos possíveis efeitos colaterais do tratamento, repercutindo na qualidade de vida dos pacientes (NICOLUSSI e SAWADA, 2011). Esse momento também pode ser permeado de ansiedade, angústias e sofrimento, tendo repercussões físicas e psíquicas. Alguns fatores podem contribuir para desencadear sofrimento psíquico, tais como medo de metástase e recidiva, alteração na imagem corporal, alopecia, insegurança, baixa autoestima, sexualidade, incertezas relacionadas ao futuro, relacionamentos interpessoais. As reações emocionais podem oscilar durante o tratamento, bem como é importante salientar que cada paciente vivencia esse momento de forma singular (RAMOS e LUSTOSA, 2009).

Diante de tais impactos decorrentes do diagnóstico e tratamento oncológico, torna-se imperativo refletir as repercussões psicoemocionais nessa população, para o desenvolvimento e a implementação de ações de suporte com intuito de reduzir impactos negativos e promover melhor qualidade de vida para paciente e familiar. Assim, é objetivo deste trabalho avaliar os impactos psíquicos desencadeados pelo diagnóstico e tratamento oncológico.

Câncer

A palavra câncer vem do grego *Karkinos* e do latim *Câncer*, ambos significam caranguejo (SILVA, 2005), acredita-se que essa semelhança seja devido as veias ao redor do tumor externo e as pernas do crustáceo. Sua etiologia é complexa, sendo descrita como uma doença multifatorial, que surge a partir da mutação no código genético de apenas uma célula, e, por sua vez, se multiplica, dando origem a outras células anômalas que se agrupam, gerando aquilo que será a massa tumoral (CAMPOS, 2022).

O câncer constitui um grave problema de saúde pública, mesmo sabendo que parte dos casos é evitável e muitos podem ser prevenidos (INCA, 2020). Alguns tipos de câncer podem ser detectados precocemente ou durante sua fase inicial de desenvolvimento, desse modo, aumentam a possibilidade de serem tratados e curados. Mesmo em pacientes com estágio da doença avançada, os sintomas podem ser amenizados, e, tanto os pacientes quanto os seus familiares, podem receber amparo e cuidados. Dizer que “não há mais nada o que fazer” é, no mínimo, uma frase infeliz, proferida por alguém que, certamente, desconhece a dimensão humana e sua subjetividade (DOMINGUES ET AL, 2013, p. 7).

Existem centenas de tipos diferentes de câncer, cada um com características clínicas e biológicas diversas. Alguns órgãos são mais afetados do que outros. No Brasil, os tipos de câncer mais incidentes são os da cavidade oral (boca), o câncer de cólon e reto (intestino), o câncer de esôfago, o câncer de estômago, o câncer de mama, o câncer de pele, o câncer de próstata, o câncer de pulmão, o câncer do colo do útero e as Leucemias (INCA, 2020).

O INCA, órgão do Ministério da Saúde, aponta que para cada ano do triênio 2023-2025 são estimados 704 mil casos novos de câncer no Brasil (INCA, 2022). A prevenção e a detecção precoce do câncer são estratégias que aumentam a possibilidade de cura para alguns tipos da doença, e podem reduzir a morbidade resultante da doença e de seu tratamento.

Fatores genéticos (hereditariedade para alguns tipos), fatores pessoais, fatores ambientais (exposição à radiação, poluentes, conservantes alimentares), ocupação e estilo de vida, também são considerados relevantes no processo de adoecer por câncer. Para que a doença se desenvolva, parece ser necessária uma operação conjunta de vários fatores, tais como a predisposição genética, a exposição a fatores ambientais de risco, determinados vírus, algumas substâncias alimentícias e outros fatores (TEIXEIRA; PIRES, 2010).

O tratamento do câncer tem como objetivo a cura, o prolongamento da vida e a melhora da qualidade de vida. O planejamento terapêutico pode ser feito através de cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou transplante de medula óssea. Em muitos casos, é necessário

combinar mais de uma modalidade terapêutica (INCA, 2022). No que compete aos Princípios e Diretrizes Relacionados ao Cuidado Integral, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no artigo 13, garante ao paciente cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Dentre as modalidades de tratamento oncológico, destacam-se a Radioterapia (RT), tratamento local, e a Quimioterapia (QT), tratamento sistêmico. A RT utiliza radiação ionizantes, sua finalidade é conseguir uma dose de irradiação precisa em um volume tumoral definido, com o mínimo de dano possível aos tecidos normais circunjacentes, resultando na erradicação do tumor, boa qualidade de vida e consequente aumento das taxas de sobrevida (SALVAJOLI; SILVA, 2008).

Por sua vez, a QT faz uso de medicações para o tratamento de câncer, a multiplicidade e combinações de quimioterápicos é determinada por uma sucessão de esquemas a partir de estudos clínicos desenvolvidos para cada paciente, e a depender do tamanho e tipo de tumor. Segundo Caponero e Lange (2008) as doses dos quimioterápicos, são o ponto mais crítico do tratamento. Se forem muito baixas, os medicamentos podem ser ineficazes contra o tumor, ao passo que doses excessivas, podem levar a eventos adversos que podem ser intoleráveis e danosos aos pacientes. As interatividades entre a RT-QT têm sido utilizadas como possibilidade de melhorar o índice terapêutico do tratamento.

É importante destacar que, independente da modalidade de tratamento, o paciente pode experimentar algum nível de sofrimento psíquico. Pois, segundo Dinapoli et al (2021), aceitar o diagnóstico, submeter-se a tratamentos, entender o prognóstico, lidar com possíveis efeitos colaterais, administrar uma possível recaída, enfrentar um futuro incerto, são etapas de um processo estressante que pode causar instabilidade psicológica e levar à depressão ou outros transtornos do humor.

Implicações psicoemocionais

Receber um diagnóstico de câncer é potencialmente capaz de impactar consideravelmente na saúde mental e no bem-estar do paciente. Tristeza, medo, insegurança, raiva, alguns tipos de transtornos, até doenças como depressão e ansiedade, podem surgir após a confirmação do diagnóstico de câncer. Sentimentos de desesperança, perda de controle e incerteza em torno da sobrevivência e da morte também têm um impacto negativo, principalmente em pacientes com prognóstico preservado (NIEDZWIEDZ, 2019).

De acordo com Laham (2019), a ocorrência de distúrbios psíquicos é comum diante de quadros de saúde mais graves. Busa (2019) acrescenta que o medo da doença se faz muito presente após o diagnóstico, promovendo uma intensificação da dor que antes da descoberta não era tão frequente.

Simonetti (2015) entende por adoecimento a alteração corporal vivenciada pelo sujeito, que se instaura a partir das vivências do sujeito em relação a sua doença. A vivência do adoecimento pode interferir na vida do paciente em vários aspectos. A repercussão da dor atravessa o sujeito em várias dimensões; psicoemocional, física, social e espiritual.

Na dimensão psicoemocional é observada uma mudança de humor, preocupações relacionadas à morte, aflição referente à família, indisposição, ansiedade e variados sentimentos. Não conseguir dormir ou ter o sono interrompido pela dor, pode influenciar nas alterações de humor e, conseqüentemente, promover posturas agressivas. Os transtornos de sono e humor tendem a prejudicar significativamente a qualidade de vida do paciente (DI LIONE, 2008).

Um evento intensificado pela dor, como pode acontecer com a notícia do diagnóstico de câncer, faz com que o paciente embote afetividade, tendendo a ficar mais desanimado. Niedzwiedz (2019) ressalta que a depressão e a ansiedade podem dificultar o tratamento e a recuperação do câncer, bem como a qualidade de vida e a sobrevivência.

A depender do tratamento, estão envolvidos prejuízos físicos temporários e/ou permanentes. Na dimensão física, o paciente sente dor em um lugar específico ou em várias partes do corpo. Pode referir ou não a dor verbalmente, mas a expressão física da dor, muitas vezes, escapa do seu controle. No aspecto social, percebe-se uma alteração nos afetos familiares e sociais, muitas vezes implicando em afastamento laboral, prejuízo do convívio com pessoas próximas e uma tendência ao isolamento. É comum encontrarmos pacientes apáticos, com diminuição ou ausência completa de prazer, que provoca sensação de perda de controle sobre sua vida (DI LIONE, 2008).

O paciente e seus familiares que se deparam com o câncer acabam tendo de administrar todo o processo relativo ao tratamento: cirurgias, dietas, terapêuticas medicamentosas, prognóstico, alterações psicológicas e mudança na rotina. Todas essas alterações na vida do paciente, bem como na relação familiar, se refletem em muitas confusões nos pensamentos e sentimentos (BUSA; SILVA, 2019).

A sensação de desamparo é alusiva a uma divindade. Há, na maioria das pessoas adoecidas, um sentimento de desesperança. Na dimensão espiritual surge um questionamento inerente à fé, ao sentido da vida. Então há possibilidade de ocorrer um enfraquecimento e

indagações em relação a crenças, princípios e valores. É comum que as pessoas se apeguem a explicações religiosas que dão sentido ao sofrimento que estão vivendo (FRANCO, 2019).

É necessário permitir que o paciente vivencie seu sofrimento psíquico, pois esse é um caminho para uma reestruturação de sua vida. Os antecedentes psíquicos, significado que a dor ocupa na vida da pessoa, manejo que é utilizado em situação de crises, amparo da rede familiar e percepções que a pessoa tem sobre seu adoecimento, são aspectos subjetivos e que variam de intensidade, influenciando nas dimensões vividas (DI LIONE, 2008).

A percepção da qualidade de vida é variada para cada pessoa adoecida e dependem da combinação de vários fatores psicológicos, tais como estratégias de enfrentamento, suporte social/familiar, religiosidade, fatores econômicos e modo de tratamento. Niedzwiedz (2019) ressalta a importância da psicoterapia, da psicoeducação e do treinamento de relaxamento, que podem ter efeito de pequeno a médio curto prazo no alívio do sofrimento emocional e na redução dos sintomas de ansiedade e depressão, além de melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde.

Psico-oncologia

A luta contra o câncer exige tratamentos que são geralmente invasivos, e entender seus efeitos colaterais severos e desconfortáveis ao paciente, bem como os impactos da doença em sua vida, fez com que o profissional de Psicologia debruçasse sua atenção e estudos nessa área. Só a partir dos movimentos de humanização do atendimento ao paciente com câncer, da evolução da psicologia e da entrada do psicólogo nas instituições de saúde, os aspectos emocionais do paciente passaram a ser considerados como uma faceta importante a ser cuidada (CAMPOS, 2022).

A Psico-oncologia é a área de interface entre a oncologia e a psicologia, e visa o bem-estar do paciente de câncer, bem como sua qualidade de vida (GIMENES, 1994). Abrange a assistência ao paciente, família e profissionais de saúde envolvidos com a prevenção, tratamento, reabilitação e a fase em que os pacientes se encontram fora dos recursos de cura da doença (TEIXEIRA; PIRES, 2010). Ela tem seu marco histórico no início do século XX, com o avanço de técnicas cirúrgicas e de tratamentos, estudos da psiconeuroimunologia e da interconsulta psiquiátrica. A Psico-oncologia é o nome dado a prática clínica direcionada a pacientes com foco nos aspectos psicológicos, comportamentais e sociais que envolvem o adoecimento de câncer. Uma das principais propostas da psico-oncologia é incluir os aspectos emocionais no desenvolvimento e na remissão do câncer (CAMPOS, 2020).

As possibilidades de intervenções da psico-oncologia não diferem, em seus objetivos, das intervenções psicológicas em geral; promover bem-estar às pessoas. O diferencial deste profissional está no conhecimento em relação ao câncer e aos tratamentos relacionados à doença, prestando uma assistência ao portador de câncer e/ou a seus familiares de forma a compreender essa especificidade. Os psico-oncologistas podem contribuir atuando como facilitadores na identificação dos medos, dúvidas e expectativas do paciente, bem como oferecer um espaço de escuta efetiva e suporte psicológico. É importante também o trabalho realizado com familiares e a própria equipe de saúde, pois são pessoas fundamentais na assistência ao sujeito diagnosticado com câncer (ALVES; VIANA; SOUZA, 2018).

O profissional dará voz às angústias que atravessam o paciente oncológico e seus familiares, auxiliando para que passem pelo momento de doença e tratamento de forma mais amena. De acordo com Campos (2022), é importante lembrar que não só cada tratamento produz uma reação diferente, como também as diferenças pessoais podem gerar distintas formas de lidar com a doença e como enfrentá-la.

A atuação do psico-oncologista pode se conceber em forma de atendimentos psicológicos individuais, em grupos e/ou familiares. O suporte psicológico consiste na utilização de recursos tais como: informação, orientação, encaminhamentos, esclarecimentos, discernimentos do que é real e do que são os estigmas da doença, assim como conhecer quais os mecanismos emocionais de defesa subjacentes utilizados pelo paciente e que possam emergir de forma mais intensa ao se saber doente, gerando com isso um descontrole emocional agudos. No atendimento individual o objetivo é o acolhimento e a elaboração de questões emocionais, sociais e comportamentais relacionadas à doença, aos tratamentos e às consequências desses. O foco principal é na reação emocional do paciente e da família desencadeada pelo diagnóstico e tratamento do câncer (GASPAR, 2018).

Os atendimentos em grupos obedecem às normas das psicoterapias de grupo, segundo as quais um determinado tempo de duração é proposto, bem como os temas, que se sucedem ao longo de alguns encontros. O grupo propicia a sensação de continência de que tanto o paciente quanto o familiar necessitam. No grupo, encontram outras pessoas com questões parecidas e podem, inclusive, trocar experiências sobre como lidar com determinadas situações comuns a todos (LAHAM, 2019).

É fundamental, independente da psicoterapia aplicada, que o profissional tenha em mente as particularidades do adoecimento oncológico, da vulnerabilidade das diferentes etapas do tratamento e dos princípios da psico-oncologia. O objetivo geral da intervenção psicológica é melhorar a qualidade de vida do paciente, considerando os seus indicativos individuais (DI

LIONE, 2008). O atendimento a pacientes oncológicos com dor exige que o psico-oncologista acolha aspectos específicos da vivência da doença, abrangendo os pontos existentes que emergem ao longo do processo de adoecimento. Desse modo, o psicólogo que atua na área de oncologia visa prevenir e reduzir os sintomas causados pelo câncer e seus tratamentos, e levar o paciente a compreender os aspectos simbólicos da doença e a experiência do adoecer, possibilitando assim ressignificações desse processo (TEIXEIRA, PIRES, 2010).

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

O presente estudo configura-se como uma pesquisa descritiva, transversal, exploratória e analítica, de abordagem qualitativa realizada com pacientes em tratamento oncológico.

Local de estudo

O estudo foi realizado em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), localizado no estado do Ceará, referência para o tratamento oncológico no Norte e Nordeste. O centro dispõe dos tratamentos de quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormonioterapia e iodoterapia. Conta com equipes multiprofissionais, composta: médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, enfermeiras, fonoaudiólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas e odontólogos.

Amostra

A mostra da pesquisa foi composta de 20 pacientes do gênero masculino e feminino, maiores de 18 anos, com funções cognitivas preservadas, que conseguissem se comunicar de forma verbal, com diagnóstico de câncer, independentemente do tipo de câncer, do estágio e do tratamento em curso. O contato com os sujeitos aconteceu nos dias em que eles compareceram à instituição para realizar tratamento, consulta médica e/ou exames.

O tamanho da amostra foi determinado a partir do critério de saturação. Conforme Fontanella et al (2008), a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual de inequívoca aplicabilidade prática, podendo, a partir de sucessivas análises paralelas à coleta de dados,

nortear sua finalização. Portanto, é usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes.

Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram desenvolvidos pelas pesquisadoras. Foram utilizados os seguintes instrumentos: um questionário sociodemográfico para caracterizar a população do estudo, um formulário para a coleta dos dados clínico-terapêuticos e para a coleta dos dados qualitativos, foi eleito um roteiro de entrevista semiestruturados, para ter acesso aos discursos associados aos possíveis impactos psíquicos do diagnóstico e tratamento oncológico.

Essa técnica consiste em um roteiro de perguntas abertas, destinadas a permitir que o pesquisador, no decorrer da sua aplicação, possa fazer perguntas complementares, se necessário, para melhor compreender o objeto de estudo (MANZINI, 2012).

Procedimento de coleta de dados

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa nos dias em que estavam no hospital para realizar tratamento (infusão de quimioterapia, sessão de radioterapia (teleterapia ou braquiterapia), consulta médica e/ou para realizar exames.

A pesquisadora inicialmente apresentava o estudo ao sujeito e em seguida fazia o convite para participar. Na ocasião, as pessoas eram informadas que sua participação era de forma voluntária, e que a coleta só iniciaria após a leitura e/ou escuta e em seguida assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, era comunicado que o participante poderia desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, se assim desejassem, sem nenhum prejuízo. Também foi explicado que os resultados desse estudo poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em periódicos, mas que em nenhum momento sua identidade será revelada.

A entrevista semiestruturada foi conduzida pela pesquisadora e para a gravação de voz foi utilizado um aparelho *smartphone*. A pesquisadora informou aos participantes sobre ficar à vontade para responder ou não alguma pergunta caso não se sentisse confortável. Foi explicado sobre o sigilo e confidencialidade, deixando claro que seria preservado o anonimato dos participantes, que em nenhum momento seu nome será divulgado no estudo. As entrevistas foram realizadas individualmente.

Análise dos dados qualitativos

Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin. Trata-se de um conjunto de técnicas para análise da comunicação, com o intuito de investigar os sentidos do objeto em estudo. A Análise de Conteúdo se desenvolve em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (a inferência e a interpretação) (BARDIN, 2011).

No primeiro momento realiza-se a pré-análise, reúne-se o material colhido e, a partir disso, estabelecem-se as hipóteses que vão nortear a interpretação final. Esse momento abrange a leitura flutuante; a escolha dos documentos; a formulação de hipóteses e objetivos; e a elaboração de indicadores. O segundo momento é o da exploração do material, referente à codificação do material, à definição de categorias de análise e à identificação das unidades de registro. No terceiro e último momento ocorre o tratamento dos resultados, abrangendo as atividades de inferência e interpretação dos dados obtidos com a aplicação da pesquisa (BARDIN, 2011).

Aspectos éticos

O presente estudo foi fundamentado na *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012* e *Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016* do Conselho Nacional de Saúde (CNS), seguindo as diretrizes e normas regulamentadas pela pesquisa que envolve a participação de seres humanos, respeitando todos os procedimentos éticos, assegurando-se, o sigilo e anonimato de todos os participantes (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016). Para preservar a identidade dos participantes, os trechos das entrevistas apresentados ao longo do texto, serão identificados pela letra E (Entrevista) acompanhado de um número, que representa a sequência em que as entrevistas foram realizadas, por exemplo, E12 (Entrevistado 12).

O presente estudo faz parte de um grande estudo intitulado: “Impactos psíquicos decorrentes do diagnóstico e tratamento oncológico em tempo de pandemia (Covid-19): um estudo observacional” que vem sendo desenvolvido e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer de número 4.423.351 (CAAE: 40021220.4.0000.5528).

Todos os participantes assinaram o TCLE aceitando participar do estudo. Os dados clínico-terapêuticos foram coletados em prontuários dos pacientes mediante autorização da instituição (mediante Termo de Fiel Depositário).

RESULTADO E DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico

Participaram do estudo 20 sujeitos, sendo 16 do gênero feminino e 4 do gênero masculino, com idades que variavam de 32 a 75 anos. Em se tratando do estado civil, 6 pessoas eram casadas, 4 solteiros, 4 divorciados, 3 viúvos e 2 estavam em união estável não oficializada. Com relação à escolaridade, 10 participantes possuíam ensino fundamental incompleto, 2 com ensino fundamental completo, 3 ensino médio completo e 1 não alfabetizado. Todos os participantes relataram ter filhos. Com relação à procedência, 11 eram da capital e 9 do interior do estado do Ceará.

Quanto ao tipo de câncer, 8 pacientes eram portadoras de câncer de mama, 4 de câncer de colo de útero, 2 câncer de reto, 1 câncer de ovário, câncer no endométrio, Palato, Estômago, Canal Anal, Nasofaringe, respectivamente. Quanto às terapêuticas realizadas, 94% Quimioterapia fizeram, 72,2% Radioterapia, 55,6% Cirurgia e 22,2% Braquiterapia.

Com relação aos efeitos colaterais percebidos com o tratamento atual, 61,1% relataram sentir náuseas, 61,1% fadiga, 61,1% insônia, 55,6% alopecia (perda de cabelo), 50% vômitos, 50% mudanças no apetite, 44,4% formigamento, 44,4% dor e 22,2% dificuldades de locomoção.

Sobre questões psicoemocionais, 55,6% citaram problemas envolvendo a atividade sexual, 55,6% tristeza, 50% ansiedade, 50% medos, 44,4% alteração do humor, 44,4% preocupação, 38,9% irritabilidade, 33,3% memória, 22,2% perda de paladar e 22,2% concentração.

Representação social acerca do câncer - Morte.

Os significados atribuídos ao câncer, transmitidos social e culturalmente, influenciam diretamente no modo como as pessoas e as famílias recebem, interpretam e projetam, para o cotidiano das relações, a revelação do diagnóstico. A história do câncer é permeada por medos e por vergonha, sentimentos que fazem o imaginário social remeter ao passado e que trazem para o presente aqueles temores e expectativas negativas, mesmo após os avanços técnico-científicos (KARKOW, 2015).

O diagnóstico de câncer é carregado de incertezas, o que gera medo e traz como consequência sofrimento psíquico (MACHADO; SOUZA, 2022). Infere-se que o diagnóstico de uma neoplasia é associado à morte, e isso desencadeia reações negativas aos pacientes recém diagnosticados, que passam a ter sentimentos de estresse e desespero. Alguns destes sentimentos estão ilustrados nos relatos abaixo:

“... o nome me assusta, o nome da doença assusta. Assim, ainda bem que inventaram uma sigla, né? CA. É, prefiro (falar CA que a palavra Câncer). É uma coisa assim que é... o ouvido é... Ele não consegue, ainda assim. Eu não sei se você me entende...É uma conexão de ouvido. O sentimento ouvido... cabeça, que é, nenhum sentimento, coração. Então assim, eu prefiro que seja...E também não falam assim. É uma coisa assim que eu não falo, eu não gosto de falar muito em casa, não. Não, eu não falo não. Até porque a palavra câncer... ela é muito assim... Antigamente chamavam ‘àquela doença’, né? Então ela é uma palavra assim, agressiva pelo pelo fato de quando vinha...difícil.” (E10)

“Assim... eu para falar a verdade, eu não conto pra todo mundo que eu tô com câncer... ruim é você contar uma pessoa que não entende, e lhe mata antes de você contar. Entendeu? A pessoa já olha diferente pra tu. O vizinho olha diferente pra tu. Tua amiga olha diferente pra tu, porque pra eles tu não vai ter curado, não vai ter cura pra tu. Entendeu? É que falando por trás da gente.. dizendo: ah fulano de tal, pobre coitado, num sei o quê, aí vê a gente magra, às vezes, não sabe nem que a gente tá...eles já lhe matam. Lhe mata no termo que eu tô dizendo assim, com palavras, entendeu? Eles que fica desacreditado. É como se tu pode ter, eu não, entendeu? Mas... certos vizinhos, até hoje, eu digo que eu tenho uma bactéria. Tô fazendo um tratamento de uma bactéria”. (E11)

Muitas pacientes procuram manter segredo sobre o diagnóstico de câncer, por medo do preconceito por parte da sociedade, tanto no que se refere ao estigma da doença quanto à rejeição (RAMOS; LUSTOSA, 2009). Ao não falar o nome da doença, talvez as pacientes acreditem que não precisam lidar com esse fato, não entram tanto em contato com a sua condição de doente. Isso é comum, visto que, quando dão nome à doença, as pacientes sentem que a validam e, em decorrência, tornam real várias coisas e condições que terão de enfrentar, pois mesmo com o avanço da medicina nessa área, muitas pessoas ainda a associam o câncer a muito sofrimento, perdas e morte (SETTE; GRADVOHL, 2014).

Reação à descoberta do câncer - Inesperado

“Todo ser humano, quando pega esse resultado, a pessoa fica.. aquela... coisa.” (E20)

"A partir do momento que eu fui diagnosticada, tipo pra mim, naquele momento, era como se eu particularmente tivesse assinado um...um atestado de óbito". (E13)

Nos depoimentos, é reforçada a perspectiva de que quando o diagnóstico de câncer é descoberto de modo inesperado constitui-se em um evento que inquieta e aflige as pessoas (KARKOW et al, 2015). Gutiérrez et al. (2007) acrescenta que como é uma notícia inesperada e concretiza a vulnerabilidade da pessoa do paciente, eles sentem-se intensamente perturbados.

“Você se senta e chora ou se levanta e enfrenta. Então, eu preferi me levantar e enfrentar mesmo chorando mais...enfrentar.” (E19)

Conforme evidenciado nos relatos, a notícia do câncer revela-se surpreendente e inesperada. A má notícia abarcada pelo diagnóstico engloba grandes mudanças na vida do paciente e faz emergir questionamentos direcionados à vida, à doença e à morte (SETTE, GRADVOHL, 2014). Após o impacto psicológico inicial obtido com o diagnóstico, a pessoa passa a conviver com as repercussões durante o tratamento:

“O tratamento de Câncer quando vem na nossa vida, a gente não espera, né? ... quando fui diagnosticada com câncer, meu chão, meu buraco abriu, né? Foi muito complicado...”. (E1)

“No início do tratamento, foi bem difícil... mas no início foi muito sofrido... Mas sim pela mudança de vida.” (E17)

Percebe-se, a partir dos relatos, que ao aderir ao tratamento, os pacientes têm suas vidas transformadas. Essas mudanças geram modificações nos aspectos psicológicos, podendo acarretar sofrimento adicional àqueles que já se encontram fragilizados e vulneráveis perante o diagnóstico (DAVID; WINDLIN; GASPAR, 2013).

Efeitos do tratamento

O câncer ameaça à autointegridade dos pacientes, e a reestruturação da vida após um diagnóstico de câncer exige que as novas experiências e sentimentos sejam integrados a uma auto narrativa revisada, às vezes chamada de 'criação de significado' (CAMPBELL-ENNS; WOODGATE, 2015, s/n). Essa doença tem como característica desafiar a identidade do sujeito, sua autoestima, imagem corporal e relacionamentos. Esses sentimentos são comumente vivenciados pelos pacientes oncológicos.

Os participantes exploraram seus sentimentos em relação aos efeitos de seus tratamentos, mudanças residuais na aparência ou funcionamento, reações emocionais às mudanças, efeitos nas interações íntimas ou sociais e sentimento de perda:

“...eu mesma no início, eu me privei bastante. Eu me recue assim... de todos e toda a vizinhança e... da minha família também.” (E17)

Fazer o tratamento consome tempo do paciente. Desse modo, ele tem que estar disponível para tal. Assim, a maioria dos pacientes não consegue continuar trabalhando. Inclusive, em determinadas situações, as limitações e mutilações são restrições com as quais terá que conviver para o resto da vida e que acabam influenciando diretamente suas atividades, sejam elas profissionais ou não (GUTIÉRREZ et al, 2007).

Limitações e perda de autonomia

Os pacientes associam a condição de controle da sua vida à sua autonomia. O afastamento das funções laborais, dificuldades em realizar pequenos afazeres domésticos e dependência, seja física ou financeira de outra pessoa, é visto como um aspecto negativo, repercutindo significativamente no seu modo de viver. Todas as limitações geradas desse contexto causam sofrimento, como evidenciado nas falas a seguir:

“É muito ruim, porque eu deixei de fazer minhas coisas em casa, viu? Olho para minhas coisas, tudo virado porque eu não podia fazer força, né?...aí eu me sinto ...inútil! A palavra certa é inútil. É, porque eu fazia tudo direitinho, cuidava dos meus netos tudim, que eu criei os três... e hoje em dia, não presto pra nada mais. Sabe que tá dentro uma rede? É muito ruim, isso, sabe?” (E2)

“A gente adoce, aí pronto... a gente fica sem emprego, né? Fica sem trabalhar. Debilitado, né?...Eu me sinto... assim, quase que inválida, sem poder fazer nada. Muito triste, né?” (E9)

Um fator de risco para o sofrimento psíquico dos pacientes oncológicos é a perda da autonomia, que pode ser particularmente importante para homens e mulheres adultas, que têm maior probabilidade de ser o/a principal provedor/a financeiro/a da família. A dependência física e/ou financeira são agentes motivadores de inquietação sentido pelos pacientes. Estes elementos podem ser percebidos também no trecho da entrevista abaixo:

“Eu me sentia muito.... muito nervosa, estressada. E também chorava bastante. Porque é... muito ruim assim... depender. Viver dependente dos outros. Sobre os cuidado de outras pessoas. Pra quem não tinha costume. Esse assim também foi... o que abalou assim no meu emocional. Foi ter que ficar dependente, um pouco das pessoas. Ou

naquele momento eu ficava dependente quase que tudo. Isso. Me... mexeu muito com meu emocional. É isso. A dependência das pessoas.” (E17)

Guimond et al (2020), afirmam que uma grande proporção de pacientes experimenta vários sintomas psicológicos simultâneos durante sua trajetória de tratamento do câncer, como angústia, ansiedade, depressão, comprometimento cognitivo e imagem corporal/disfunção sexual. Cada paciente utiliza diferentes estratégias de enfrentamento e com isso, precisa ser compreendido e acompanhado na maneira que consiga reagir frente a um evento estressor ao longo de todo o tratamento de câncer (MACHADO; SOUZA, 2022).

Autoimagem e sexualidade

As mudanças podem ocorrer nas mais diversas dimensões, tais como alterações físicas e nos relacionamentos interpessoais, bem como na percepção que o indivíduo tem de si mesmo (SETTE; GRADVOHL, 2014). Um ponto evidenciado na pesquisa diz respeito à imagem corporal. Os sujeitos de pesquisa revelam preocupações com as mudanças corporais durante o tratamento oncológico. Esta ruptura da imagem corporal é atribuída à alopecia, ressecamento da pele e ao peso. Essas transformações acarretam em dor, vergonha, nervosismo, tristeza, constrangimento e mal estar, conforme explicado por estes participantes:

“... assim... fisicamente, eu mudei total. Eu pesava 70 kg às vezes 70 e pouco. Hoje eu tô com 57 e 900. É doloroso. Porque você ficar se olhando toda, todo santo dia, e você vê, você definhando. É triste... Mas, é uma coisa que a pessoa se tem que passar é passar e botar pra frente. Entendeu?” (E11)

“... no começo... não é fácil, né? A gente se acostumar com aquela ideia que a gente tem, né? e... que muda a gente, muda toda, né? Porque ó, as minhas unhas tão toda roxa, o meu cabelo, na primeira(químio) já caiu...caiu, meu cabelo caiu todinho... agora esses dias deu um vermelhão. Nas minhas mão, ó (mostrou) tanto que tá mudando as pelezinhas, ó. E nas minha mão e nos meus pés...” (E14)

Esplen et al (2018, 749), atribui que a imagem corporal é conceituada como um construto multifacetado, definido como “a representação mental do corpo, pensamentos e sentimentos de uma pessoa sobre a aparência física, atratividade e competência, bem como o estado percebido de integridade geral da saúde, funcionamento e sexualidade.” Confirma-se o conceito dos autores a partir deste relato:

“Eu nem tive coragem assim de ter ainda (relação sexual). Dá medo, sei lá. dá medo... (risos-constrangimento) Na verdade,

assim... dá medo... porque...será que tô... Como será que eu tô? Como será que eu vou reagir depois? Assim, eu penso assim, de... É o que a gente sabe, que o ato sexual é uma coisa assim que suga da gente, né? Um pouco. Aí eu penso... Não, será que eu vou? Eu vou ficar muito fraca? Será que eu vou ficar como é..assim.. dá medo. Penso, mas tenho medo.” (E10)

A sexualidade é um elemento que afeta a vida das pacientes com câncer. Acerca das causas responsáveis da disfunção sexual feminina, os autores JING et al (2019), exploram que, a menopausa natural, drogas ou castração cirúrgica (como no caso de câncer de mama) podem contribuir para a redução dos níveis de estrogênio nas mulheres, e esses níveis reduzidos podem induzir ou agravar a disfunção sexual, levando à redução do desejo sexual, redução da excitação sexual, falta de lubrificação vaginal, dor durante relação sexual, dificuldade em atingir o orgasmo e hipoestesia genital. Este ponto se evidencia na fala desta participante:

“Medo de sangramento, de dor e eu não tô com libido...” (E3)

As alterações físicas (dor, alopecia etc.) combinada aos fatores psicológicos (alteração da imagem corporal, rejeição do parceiro, etc) e fatores sociais (dificuldades de comunicação sobre sexualidade) são as causas da disfunção sexual apresentadas pelos participantes. Fang et al (2015), ressalta que a imagem corporal foi validada para estar associada à sexualidade feminina. No contexto da sua experiência, algumas participantes referiram à influência do câncer em suas vidas sexuais:

"Eu tinha namorado e era uma pessoa que estava sendo presente e por mim mesma eu quis me afastar. Devido a mudança é que assim, a mulher, eu acho que ela é muito vaidosa. E assim, devido a queda de cabelo, essas coisas, tudo. Eu resolvi, achei melhor me afastar e até hoje eu não me envolvi nem tive nenhum relacionamento, porque eu quero focar mais na minha doença”. (E13)

“... eu não tô tendo relação sexualmente nenhuma. Nem conversar com ele. Eu não consigo conversar. Eu só digo que não posso e não quero e pronto...Eu não tenho cabeça mais nem pra ter afeto nenhum. Por enquanto que eu tiver fazendo esse tratamento, eu acho que não vou ter.... Eu acho que vai ser depois” (E3)

Vaziri e Lofti (2012) apontam que a experiência intrapsíquica de mudanças na sexualidade das mulheres inclui o medo da perda da fertilidade, imagem corporal negativa, sentimentos de falta de atração sexual, perda da feminilidade, bem como alterações no senso do eu sexual; o impacto de tais mudanças pode durar muitos anos após o tratamento bem-sucedido e pode estar associado a sérios efeitos colaterais físicos e emocionais.

Também deve ser destacado o impacto psicológico do câncer na sexualidade masculina. Observa-se que os homens têm mais dificuldades em falar sobre as restrições que o tratamento da doença provoca em suas vidas sexuais. Alguns participantes explicavam:

“...Não, não tô mais fazendo porque.. porque antes da operação, aí não pode fazer.. e tá em cima do outro agora, aí, ainda tá no prazo que não pode nem fazer, né?” (E20)

“mudança, no relacionamento eu... é, mudou. Conversa muito pouco..é...ações... não tá tendo... é, afetou”. (E5)

Compreende-se, a partir das falas, que há um receio dos pacientes oncológicos de se relacionarem sexualmente, seja pelo estigma corporal que envolve os sentimentos implicados pela doença de manter o corpo escondido e evitar a intimidade física ou pelas implicações fisiológicas e/ou orgânicas que o tratamento proporciona.

Estratégia de Enfrentamento

O enfrentamento é um processo multidimensional de mobilização cognitiva, comportamental e emocional de cada indivíduo e que tem como finalidade à adaptação à mudança do contexto em que a pessoa está inserida. As estratégias de enfrentamento são um processo contínuo e subjetivo. No contexto de seu adoecimento, cada sujeito irá investir formas de lidar com seu sofrimento buscando maneiras de se confortar. (MACHADO; SOUZA, 2022).

Geralmente, as estratégias de enfrentamento “se engajam numa transação dinâmica com o contexto ameaçador do câncer e apresentam estratégias diversas de enfrentamento, procurando responder às exigências de cada etapa da doença” (GIMENES; QUEIROZ, 1997, P. 191). Essas estratégias poderão apresentar benefícios e/ou desvantagens ao indivíduo.

Estratégia de enfrentamento focada na espiritualidade - perseverança e esperança.

Barbosa (2016) conceitua a espiritualidade como uma perspectiva pessoal, complexa, multidimensional e interativa, integradora de experiência humana que, por meio de reflexões, avalia os aspectos materiais e existenciais, considerando o aspecto transcendente da existência, que auxilia a manter a relação consigo próprio, com os outros e com entidades superiores ou forças vitais em busca de sentido e propósito de vida, assim como acessar sentimentos de pertença e conexão com o meio ambiente.

É importante considerar a religiosidade e a espiritualidade como modo de promoção e manutenção da saúde (FRANCO, 2019). No processo de nomear sua dor, o sujeito se pergunta o porquê ele e o que fez para ter essa doença. Então questiona seu percurso vivido, suas "falhas", seus “desvios” (morais e/ou éticos), como forma de justificar. Durante esse processo reflexivo, a pessoa recorre ao ser divino à sua recuperação. Os estudiosos, Inocenti et al (2009), discorrem que a religião traz ao paciente uma sensação de acolhimento e serve como força de inspiração para enfrentar os obstáculos. Em alguns casos, os participantes debateram sobre o papel da religiosidade como estratégia de enfrentamento. Refletindo sobre suas experiências, disseram:

“eu tô assim... uma coisa de Deus mesmo... foi uma coisa tão impressionante... Que naquele momento eu coloquei Deus na frente, né?... É coisa de Deus, que é quando a gente tem Deus no coração, Deus é quem comanda, sabe? Nossa vida”. (E6)

“Assim, eu procuro... eu rezo muito, sabe? Eu escuto o padre. Aqueles depoimento que eu vejo no padre, muitos dele, ave Maria, fortalece demais a gente... eu acho que sem fé ninguém vai a lugar nenhum”. (E11)

Como alternativa de buscar um possível equilíbrio diante dessa situação, os pacientes recorrem a uma divindade. A crença em algo maior que tudo, maior que a doença e o tratamento, fortalecem a sua esperança de superar (GUTIÉRREZ, 2007). A seguir, alguns recortes das falas que ponderam esses argumentos:

“Eu sempre acreditei no poder da palavra. Sabe, assim não é... Não é positivismo, não é. É fé. É, fé.. de quando você...A fé é.. é.. algo que você não vê, mas você crê, então eu sempre profetizei....” (E10)

“O que ajuda a enfrentar... igreja. Deus né? Escutar Deus”. (E19)

Frankl (2008), em seus ensinamentos, diz que o ser humano é, fundamentalmente, um ser em busca de sentido e do significado de sua vida, mesmo em situações como o enfrentamento de uma doença grave ou terminal. Setten e Gradwohl (2014) consideram que o apego a Deus como forma de consolo, é um apoio psicológico necessário para alguns pacientes suportarem todo o processo de câncer, que envolve muitas perdas.

Estratégia de enfrentamento focada na emoção: o suporte sociofamiliar

Diante da descoberta do diagnóstico de câncer, Karkow (2015), ressalta que isso gera um movimento entre os membros da família, geralmente no sentido de promover proteção ao familiar doente e de manter uma possível harmonia na unidade familiar. Um exemplo disso destaca-se na fala dessa entrevistada:

“minha família... a gente sempre foi ligado ao outro e... a partir do momento que eu fui diagnosticada... como eu tava em São Paulo, foram todos pra lá, porque assim a gente se aproximou mais, o cuidado foi mais, a atenção, foi mais virada a mim. E assim, a diferença é que eu vi que a gente não era tão ligado quanto a gente é hoje”. (E13)

Perante o diagnóstico de câncer, uma patologia crônica, o paciente vivencia diferentes situações emocionais que o remetem a condições primitivas e à necessidade de sentimentos de amparo e de proteção (SETTE; GRADVOHL, 2014). Para a maioria das pessoas, a família representa um importante aparato para a estruturação de seus vínculos afetivos e nos referenciais de segurança de apoio (SANTOS; SEBASTIANI, 2011). Baseado nos relatos dos participantes, os familiares foram citados como o principal apoio emocional, destaque-se alguns recortes:

“A minha família, fica me confortando, né? Fica dizendo palavras que eu vou ficar boa. Que eu vou me curar. Aí fica me apoiando, né? Cada a pessoa me dá uma palavra de ânimo, né?” (E9)

“me considero uma pessoa amada. Mas assim... eu percebi mais ainda, eu senti mais ainda. Mas ainda o carinho da família... assim, tem todo mais um carinho, cuidado. Sabe? Do meu esposo, meus filhos... da minha família”. (E10)

“o que ajuda é..é os filhos. É a compreensão deles, né?” (E5)

É nesse sentido que o câncer pode ser considerado uma doença familiar, haja vista o impacto que provoca nessa esfera de convívio (BARRETO, 2010). Refletindo sobre o quão desafiador foi para os participantes receberem o diagnóstico e lidar com o processo de quimioterapia, alguns deles enfatizaram que foi na rede familiar que encontraram razão para prosseguirem otimistas:

“minhas filha me ajuda muito. Elas.. quase eu tô meio desanimada lá em casa, devido os sintomas, né? Da quimioterapia. Elas ficam me elevando... Assim, nois vive bem, eu com a minha família eu vivo bem”. (E11)

“é assim, meus filhos tem me acompanhado muito bem... um vem, da uma coisa, outro da outra. Mas é assim, então força deles, né? Eu não queria nem fazer esse tratamento, ele disse; - mamãe, nós todos estamos aqui para ajudar a mãe... tem que fazer, mãe, tem que fazer”. (E6)

Um aspecto positivo deriva da rede familiar, os participantes relatam uma presença mais intensa da família nuclear durante o processo de tratamento, portanto, há um fortalecimento das relações familiares. Segundo Franco (2008), isso ocorre porque a família representa um poderoso círculo no qual as relações de todo o grupo tornam-se mais intensas, tanto com o doente quanto com a doença, ocorrendo troca de informações e de sentimentos que afetam ligações e vínculos pessoais, recíprocos e obrigatórios.

Considerações Finais

A saúde mental das pessoas que fazem o tratamento do câncer em seus vários tipos e estágios é uma importante questão a ser discutida e pesquisada pela Psicologia. Pode-se refletir, a partir da discussão apresentada e dos relatos ilustrados, que o adoecer é uma experiência única, subjetiva e vivenciada singularmente conforme o sentido de vida de cada paciente e das relações interpessoais que estabelecem. Contudo, alguns aspectos podem ser comuns para quem passa pela experiência do câncer.

No que se refere aos impactos psicológicos, reações emocionais, ansiedade, angústia, medo da possibilidade de morte, dúvidas, incertezas relacionadas ao futuro, insegurança quanto à imagem corporal, diminuição da autoestima, sentimentos de inutilidade, impotência pelas alterações nas atividades sociais, laborativas e de lazer estão presentes.

Apesar das narrativas de emoções e reações negativas, foi possível observar que os participantes apresentaram resiliência, assim como também esperança e atitudes positivas ao priorizar as próprias necessidades e buscar viver o presente.

Ao psicólogo cabe direcionar seu olhar ao paciente, promovendo uma escuta terapêutica que considere o sujeito além da doença, trabalhando o significado que o câncer tem para o indivíduo e a relação que ele tem com a patologia, respeitando a sua integralidade e reconhecendo-o como um ser biopsicossocioespiritual.

Espera-se que este estudo gere curiosidades sobre este assunto e contribua para a reflexão dos acadêmicos de Psicologia, psicólogos e demais profissionais de saúde sobre a importância de um olhar integral e humanizado ao paciente diagnosticado com câncer, levando em consideração os múltiplos impactos psicológicos e a repercussão na vida da pessoa adoecida, que necessita ser cuidada e assistida em suas necessidades biopsicossocioespiritual.

Referências

- ALVES, G.S.; VIANA, J. a.; SOUZA, M. F. S. Psico-oncologia: uma aliada no tratamento de câncer. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**. v. 3, n. 5, jan./jun. 2018. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15992/13025>
- BARBOSA, A. Espiritualidade. In: BARBOSA, A.; PINA, P. R.; TAVARES, F.; NETO, I. G. (Ed.) **Manual de Cuidados Paliativos**. 3. ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011.
- BARRETO, T. S.; AMORIM, R. C. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. *Revista de Enfermagem*. v. 18. n. 3, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-570274>
- BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- BRASIL. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- BUSA, Ana Laura Araujo, SILVA, Gabriela Braga, ROCHA, Fernanda Pessolo. O luto do jovem adulto decorrente da morte dos pais pelo câncer. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 39. 2019. doi.org/10.1590/1982-3703003183780. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/3M7tLbVjGCmyVkTSNhNh8XP/?lang=pt>
- CAMPBELL-ENNS, H. J.; WOODGATE. R. L. The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review protocol. **JBI Database System Rev Implement Rep**. v. 13. N. 1, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26447012/>
- CAMPOS, E. M. P. A psico-oncologia: conceituação, histórico e desenvolvimento. In: Avelino Luiz Rodrigues. **Psicologia da saúde hospitalar: abordagem psicossomática**. 1.ed. – Barueri [SP]: Manole, 2020.
- CAMPOS, E. M. M. P. Psico-oncologia. In: CAMPOS, E. M. P e VILAÇA, A. P. O. **Cuidados paliativos e psico-oncologia**. São Paulo: Editora Manole, 2021. p. 12-21.
- CAPONERO, R.; LAGE. L. M. Quimioterapia. In: CARVALHO, Vicente Augusto et al. (Org). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 155-167.
- CARVALHO, E. C.; TONANI, M.; BARBOSA, J. S. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51. n. 4. 2005. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1921>

DAVID, A., WINDLIN, I. & GASPAR, K. C. O paciente oncológico e a terapêutica quimioterápica: uma construção da psicologia. *In* Angerami-Camon, V. A. & Gaspar, K. C. **Psicologia e Câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2013.

DI LIONE, F. R. Dor: aspectos médicos e psicológicos. *In*: CARVALHO, Vicente Augusto et al. (Org). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 294-302.

DINAPOLI, L et al. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. **Current oncology reports**. V. 23. N. 3. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>

DOMINGUES, G. R et al. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicol. hosp. (São Paulo)**. v. 11, n. 1. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002

ESPLEN, M. J et al. Restoring Body Image After Cancer (ReBIC): Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology*. v. 36. n. (8). 2018. doi: 10.1200/JCO.2017.74.8244. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29356610/>

FANG, Su-Ying et al. Impact of marital coping on the relationship between body image and sexuality among breast cancer survivors. **Supportive Care in Cancer**. v. 23. n. 9. 2015. doi: 10.1007/s00520-015-2612-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25617071/>

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**. v. 24, n. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?format=pdf&lang=pt>

FRANCO, M. H. P. A família em psico-oncologia. *In*: CARVALHO, Vicente Augusto et al. (Org). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 358-361.

FRANCO, M. H. P.. Adoecimento e Religiosidade: Interfaces. *In*: QUAYLE, Julieta. (Org.) **O adoecer**. São Paulo: Editora dos Editores Eireli, 2019. p. 347-355.

FRANKL, V. **Em busca do Sentido**: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes, 2008.

GASPAR, K. C. Psicologia hospitalar e oncologia. *In*: ANGERAMI, Valdemar Augusto(Org). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Editora Cengage Learning Brasil, 2018. p. 79-124.

GIMENES, M. G. G. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psiconcologia. *In*: **A mulher e o câncer**. Gimenes Maria Glória (Org). São Paulo: Editora Psy, 1997; p. 111-197.

GUIMOND, A-J.; IVERS, H.; SAVARD, J. Clusters of Psychological Symptoms in Breast Cancer: Is There a Common Psychological Mechanism? *Cancer nursing*. v. 43. n. 5. 2020. doi:

10.1097/NCC.0000000000000705. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30950932/>

GUTIÉRREZ, M. G. R et al. The cancer and its treatment and its impact on the patients' life. A qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 6. n. 0. 2007. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/462>

INOCENTI, A.; RODRIGUES, I. G.; MIASSO, A. I. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. **Rev. Eletrônica Enfermagem**. v. 11. n. 4. 2009. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/5197/17570>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro_abc_6ed_0.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tratamento do câncer**. 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento>. Acessado em 07 de setembro de 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR DA SILVA. **Estimativas**. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025>

JING, L et al. Incidence and severity of sexual dysfunction among women with breast cancer: a meta-analysis based on female sexual function index. **Support Care Cancer**. v. 27. n. (4). 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30712099/>

KARKOW, M. C et al. Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. **Reme : Rev. Min. Enferm.** 2015, v.19. n.3 Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-785676>

LAHAM, C. F. Terminalidade e cuidados paliativos. In: Quayle Julieta (Org). **Adoecer**. São Paulo. Editora dos editores. 2019. p. 357-373.

MACHADO, R. H. I.; SOUZA, J. R. Pacientes mulheres com câncer de mama metastático: impacto do diagnóstico e estratégias de enfrentamento. **Brasília Med**. 2022. v. 59. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v59a49.pdf>

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Revista Percurso – NEMO**. v. 4. n. 2. 2012. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Percurso/article/view/49548>

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 32, n. 4. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/wgBPZs7CNKqz43qkHkRXGVf/abstract/?lang=pt>

NIEDZWIEDZ. C. L et al. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. **BMC Cancer**. V. 19. N. 1. 2019. Disponível em: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-019-6181-4>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2017. **Câncer**. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/en/>

RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. Câncer de mama feminino e psicologia. **Rev. SBPH**. v. 12. n. 1. 2009. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100007

SALVAJOLI. J. V.; SILVA M. L. G. Radioterapia. In: CARVALHO, Vicente Augusto et al. (Org). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 150-154.

SANTOS, C. T. dos; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doenças crônicas. In ANGERAMI, V. A. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Editora Pioneira. 2011. p. 147-176.

SETTE, C. P.; GRADVOHL. S. M. O. Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 13. n. 2, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v13n2/a03.pdf>

SILVA, V. C. E. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente. 2005. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, São Paulo. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11052005-112949/publico/SILVA_VCE.pdf

SIMONETTI, A. **Psicologia hospitalar e psicanálise**. São Paulo: Editora: Casa do Psicólogo, 2015.

TEIXEIRA, E. B.; PIRES, E. F. Psico-oncologia: proposta de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes com câncer. **Revista Saúde**. v. 4. n. 1. 2010. Disponível em <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewFile/265/626>

Vaziri S, Lotfi Kashani F. Sexualidade após câncer de mama: necessidade de diretriz. *Irã J Câncer Prev*. 2012; 5 :10–15. v. 13. n. 1. doi: 10.1002/pon.4281. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27648726/>