



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

VITÓRIA ELIAS TORRES XAVIER

**PERCEPÇÕES E REPERCUSSÕES SOBRE O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER:
UMA COMPREENSÃO SOB A ÓTICA DA PSICO-ONCOLOGIA.**

**CAMPINA GRANDE
2022**

VITÓRIA ELIAS TORRES XAVIER

**PERCEPÇÕES E REPERCUSSÕES SOBRE O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER:
UMA COMPREENSÃO SOB A ÓTICA DA PSICO-ONCOLOGIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Graduada em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia da Saúde.

Orientador: Prof^a. Me. RAISA FERNANDES MARIZ SIMÕES.

**CAMPINA GRANDE
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

X3p Xavier, Vitoria Elias Torres.
Percepções e repercussões sobre o enfrentamento do câncer [manuscrito] : uma compreensão sob a ótica da psicologia / Vitoria Elias Torres Xavier. - 2022.
23 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2022.
"Orientação : Profa. Ma. Raisia Fernandes Mariz Simões ,
Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."

1. Enfrentamento do câncer. 2. Psico-oncologia. 3.
Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). I. Título
21. ed. CDD 616.08

VITÓRIA ELIAS TORRES XAVIER

**PERCEPÇÕES E REPERCUSSÕES SOBRE O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER:
UMA COMPREENSÃO SOB A ÓTICA DA PSICO-ONCOLOGIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a/ao Coordenação /Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Graduada em Psicologia.

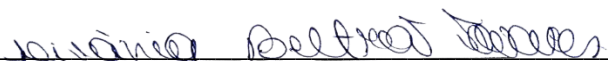
Área de concentração: Psicologia da Saúde.

Aprovada em: 21/11/2022.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a. Me. RAISA FERNANDES MARIZ SIMÕES (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.ª. Dr.ª. Livânia Beltrão
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Thiago da Silva Fernandes
Instituto Federal da Paraíba (IFPB)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	04
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	06
2.1	PSICOLOGIA HOSPITALAR E PSICO-ONCOLOGIA.....	06
2.2	REPERCUSSÃO DIAGNÓSTICA E A FAMÍLIA.....	08
2.3	ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE	09
2.4	MORTE E MORRER, A ELABORAÇÃO DO LUTO	11
3	METODOLOGIA	12
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	13
5	CONCLUSÃO	19
	REFERÊNCIAS	20

PERCEPÇÕES E REPERCUSSÕES SOBRE O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER: UMA COMPREENSÃO SOB A ÓTICA DA PSICO-ONCOLOGIA.

PERCEPTIONS AND REPERCUSSIONS ON COATING WITH CANCER: AN UNDERSTANDING FROM THE POINT OF PSYCHO-ONCOLOGY.

Vitória Elias Torres Xavier¹

RESUMO

A presente pesquisa objetivou apreender as principais concepções e percepções que os pacientes oncológicos desenvolvem acerca do diagnóstico, prognóstico e enfrentamentos durante o tratamento. Além disso, justifica-se pela imprescindível tarefa de retomar o protagonismo do sujeito no seu tratamento, validando os seus sentimentos e a sua compreensão, além de trazer a cientificidade a este processo. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, descritivo analítico e exploratório, realizada com 6 pacientes do Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), localizada na cidade de Campina Grande/PB. Os instrumentos empregados para coletar os dados foram entrevistas de roteiro semiestruturado, questionário sociodemográfico e diário de campo, tendo como suporte o referencial teórico da Psicologia Hospitalar e a Psico-oncologia. A análise dos dados foi feita com base na Análise de Conteúdo proposta por Bardin e, como técnica, foi utilizada a análise categorial temática. Constata-se que o desejo de cura, o uso de rede de apoio e o recurso da família e a espiritualidade foram as categorizações dos achados de pesquisa e, com isso, espera-se que novos estudos de amostras mais robustas sejam realizados nesta área.

Palavras-chave: psicologia; oncologia; morte; espiritualidade.

ABSTRACT

The present research aimed to apprehend the main conceptions and perceptions that cancer patients develop about the diagnosis, prognosis and confrontations during treatment. In addition, it is justified by the essential task of retaking the subject's role in their treatment, validating their feelings and understanding, in addition to bringing scientificity to this process. This is a qualitative, descriptive, analytical and exploratory research, carried out with 6 patients from the Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), located in the city of Campina Grande/PB. The instruments used to collect data were semi-structured interviews, a sociodemographic questionnaire and a field diary, supported by the theoretical framework of Hospital Psychology and Psycho-oncology. Data analysis was based on the Content Analysis proposed by Bardin and, as a technique, thematic categorical analysis was used. It appears that the desire for healing, the use of a support network and the resource of the family and spirituality were the categorizations of the research findings and, therefore, further studies with larger samples are expected to be carried out in this area.

Keywords: psychology; oncology; death; spirituality.

1 INTRODUÇÃO

¹ Concluinte do Curso de Bacharelado em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba. Email: Vitoria.xavier@aluno.uepb.edu.br

É inquestionável a importância da inserção do psicólogo da Saúde nas equipes multiprofissionais pois estes, com seus saberes, sensibilidade e empatia, têm contribuído para permutar o foco da doença, para o sujeito. Dito isto, identificando os medos, temores, dúvidas e expectativas do paciente, o psicólogo atua como mediador de interesses no ambiente hospitalar (CFP, 2019). Destarte, uma das áreas mais difíceis e acompanhada de grande sofrimento e angústia, em que se faz necessário à sua integração, refere-se às alas oncológicas, as quais tem crescido sobremaneira nos últimos anos, dado o avanço da tecnologia e os retrocessos nas práticas de exercícios físicos e a adoção de hábitos e estilos de vida menos saudáveis, efeitos do capitalismo em massa (BUETTO E ZAGO, 2015).

Em consonância a isto, houve um aumento considerável de casos de câncer na população brasileira, gerando um grave problema de Saúde Pública. Conforme o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a cada ano do triênio 2020/2022, poderá ser registrado 625 mil novos casos de câncer dos mais diversos tipos e classificações. Portanto, é notório que haverá, e existe, um grande contingente de pacientes que sofrem diariamente com o tratamento quimioterápico e radioterápico que, além de lidar com as consequências colaterais do diagnóstico e prognóstico, desenvolvem comorbidades psicossomáticas, bem como quadros clínicos, tais como Depressão, Ansiedade Generalizada, Ataques de Pânico, dentre outras que tem como gênese uma questão existencial (OLIVEIRA et al., 2018).

É neste contexto sociopolítico e de saúde que os recursos internos surgem para responder esses questionamentos existenciais e sentido da vida, isto é, os meios pelo qual o sujeito potencializa ou desenvolve para elaborar questões difíceis de lidar, a exemplo de habilidades, rotinas, hábitos, crenças, sentimentos e emoções que possibilitem a modelação e flexibilidade perceptiva e adaptativa para manejar as expectativas (BRAGA; MIRANDA DE LIMA; DE OLIVEIRA FRAGA, 2019).

Em vista disto, para além dos aspectos estritamente médicos, as doenças graves e crônicas acarretam efeitos colaterais como dor, angústia, desconforto, estresse, medo, pânico, transtornos psicológicos e comorbidades, baixa autoestima, desesperança, ansiedade, depressão, ideação suicida e dificuldades de interação e readaptação social e familiar, devido ao longo tempo de internação e tratamento que gera, cada vez mais, incertezas quanto ao futuro, mesmo com o avanço da medicina (DA SILVA et al., 2020). Posto isto, as implicações psicológicas têm constituído posição importante nos serviços especializados, devido ao atendimento de indivíduos com alguma enfermidade crônica levar em consideração que não se trata apenas de uma ordem biológica, mas uma enfermidade que afetará e abalará todos os âmbitos de ser e viver do paciente e da sua rede de apoio e suporte (FETSCH et al., 2016).

Ademais, a radioterapia e quimioterapia tem sido a forma mais comum de tratamento, entretanto, age de forma indiscriminada em todas as células, causando efeitos adversos e graves.

Neste ínterim, o presente estudo objetiva apreender as principais concepções e valores que os pacientes oncológicos desenvolvem acerca do Diagnóstico, Prognóstico e enfrentamentos durante o tratamento. Além disso, justifica-se pela imprescindível tarefa de retomar o protagonismo do sujeito no seu tratamento, validando os seus sentimentos e a sua compreensão, além de trazer a cientificidade a este processo, tendo em vista que muitos artigos publicados procuram interpretar o constructo da finitude sobre um viés do profissional, mas esquece-se que a ótica da situação não está naquele que auxilia e convive, porém naquele que sente e se encontra na posição de paciente.

Portanto, foi optado pela análise à luz do referencial teórico-metodológico da Psico-oncologia e Psicologia Hospitalar e utilizou-se de diário de campo e pesquisa semiestruturada para coleta dos dados. Em síntese, verificamos, nesta breve apresentação de pesquisas, a necessidade de conhecer as principais estratégias de enfrentamento internos e externos que o paciente oncológico utiliza para lidar com a sua dor e sofrimento frente a um quadro tão desgastante e assustador. Logo, o questionamento norteador desta pesquisa está fundamentado no: “Quais os principais recursos internos que os pacientes oncológicos utilizam ou desenvolvem para lidar com o diagnóstico e prognóstico, para iniciar ou continuar o tratamento, bem como a sensação de morte iminente e desesperança?”.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PSICOLOGIA HOSPITALAR E PSICO-ONCOLOGIA

A Psicologia Hospitalar, conforme o Código Brasileiro de Ocupações (CBO), é o profissional da saúde que trabalha de forma interdisciplinar responsável pelo estudo e pesquisa dos processos básicos e superiores psicológicos, individuais e/ou coletivos, a fim de desenvolver análises, tratamentos e promover desenvolvimento das relações interpessoais e integração psíquica, além de esclarecer as repercussões psicológicas decorrentes dos procedimentos médico- hospitalares, informar sobre desenvolvimento do psiquismo humano, dentre outras (CFP, 2019).

Nesta conjuntura, o prisma psicológico em torno do adoecer é o foco da psicologia hospitalar e, salienta consigo, não apenas o paciente, mas toda a sua rede de apoio como a família, acompanhantes e a equipe profissional. Destarte, a psicologia nos serviços hospitalares ocorre muito antes da sua própria regulamentação enquanto profissão em 1962, demarcada por

uma prática clínica reducionista centrada na doença e no tratamento. Para tanto, a inserção da(o) Psicóloga(o) em serviços de saúde é respaldada por uma legislação de suporte, além do próprio Conselho Regional e Federal de Psicologia que endossa a prática deste profissional, mas não o isenta das normas, protocolos, aspectos técnicos e normativos que balizam a direção do manejo clínico e terapêutico das práticas psicológicas dirigidas aos pacientes, acompanhantes (familiares ou não) e equipe interprofissional. Dentre algumas normas pode-se citar: Portaria 2042, de 11 de outubro de 1996; Portaria 3.535, de 2 de setembro de 1998; Portaria 3.432, de 12 de agosto de 1998; Portaria 2.414, de 23 de março de 1998; Portaria Nº 4, De 18 De Maio De 2020; Resolução CFP no 014/2000; Resolução 07/2003, Resolução 010/2005; Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 13/2007; a Resolução CFP nº 001/2009; Resolução CNS 466/2012; entre outras.

Em vista disto, dentro deste ambiente surge a Psico-oncologia como campo de interface entre a Psicologia e Oncologia para compreensão do processo de adoecimento e cura, levando em consideração as variáveis subjetivas, comportamentais, físicas e cognitivas envolvidas com o intuito de fornecer auxílio para a promoção de saúde, bem-estar e qualidade de vida (CFP, 2019). Nesse sentido, o Psicólogo tem a função de, segundo Andrade e Azevedo (2018), facilitar a adesão ao tratamento e reabilitação, favorecer a adaptação à nova rotina e psicoprofilaxia para a realização de procedimentos e cirurgias, auxiliar no manejo da dor e estresse além de oferecer apoio familiar e combater estigmas.

Segundo Simonetti (2004), objetiva não se limitar aos parâmetros subjetivos, mas apreende o ser humano por completo e suas idiosincrasias. Por conseguinte, o adoecimento e o sofrimento é o que há de mais subjetivo no sujeito e na forma como ele se relaciona com estes, além da forma como os mantém. Desta forma, toda patologia é psicossomática, pois a complexidade do homem não pode ser reduzida a meras esferas particulares, mas deve ser compreendido com a integralidade que é ser sujeito.

Diante disso, a Psico-oncologia tem identificado que a depressão, ansiedade, estresse e dor são aspectos os quais vem da ordem imaginária, vivenciada pelo paciente na interpretação de seu quadro (ANDRADE e AZEVEDO, 2018). Vale enfatizar que a dor, algo inevitável no campo oncológico, principalmente a dor crônica causada pelos procedimentos a qual se não for aliviada por vias medicamentosas e terapêuticas, pode se tornar gatilho para o agravamento da situação. Em consonância a isto, a excelência no atendimento é compreender que ao se falar de paciente, antes se ouve um sujeito e não sua doença. A partir dessas elucidações, verifica-se que o psicólogo que atua em hospitais, sejam públicos ou privados, tem o compromisso de resgatar o protagonismo e vislumbrar o sujeito em sua totalidade, institucionalizado pela

dinâmica hospitalar, seja na posição de paciente, acompanhante ou profissional, mediando interesses e trazendo em seu bojo teórico saberes das diferentes áreas da saúde para contribuir para a propagação da relevância deste profissional nesses espaços e promover saúde ao suprir as demandas de acordo com as suas necessidades (CFP, 2019).

2.2 REPERCUSSÃO DIAGNÓSTICA E A FAMÍLIA

Câncer é a conceituação utilizada para categorizar doenças crônicas ocasionadas pelo desenvolvimento e proliferação de células desordenadas com caráter maligno e agressivo que invade órgãos e tecidos com tal rapidez que pode ocasionar no organismo uma metástase (OLIVEIRA et al., 2018). Dessa forma, receber o diagnóstico de câncer, seja de qualquer natureza, gera grande implicação tanto para o paciente, quanto para a família. É indiscutível que o estresse, sofrimento e adoecimento são intrínsecos a patologia, pois muito associada a determinação de morte, o câncer tem um fator de impacto imprevisível não só físico, mas principalmente mental, social, emocional e espiritual. Com efeito desta potencialidade, o medo existente ocorre devido à ausência de tratamentos efetivos para a maioria das neoplasias com tumores metastáticos inoperáveis, os quais possuem, por vezes, como maior recurso, o uso de medidas paliativas para reduzir a devastação no organismo e evitar mutilações provindas das cirurgias (MACIEL et al., 2015).

Desse modo, a forma como é dada a notícia e a maneira como é recebida e interpretada, pode comprometer a homeostase familiar e produzir desordem e desequilíbrio. Assim sendo, no ato do cuidado, a família deve ser vislumbrada e acompanhada por toda a equipe hospitalar dando-os possibilidades de diálogo, esclarecendo as suas dúvidas e os procedimentos, avaliando as repercussões causadas pelo adoecimento no grupo familiar e incentivando sua participação no tratamento e orientando sobre as necessidades e práticas que estes podem desenvolver em casa para reduzir a dor e incômodos, além de diminuir as idas ao hospital e, por conseguinte, evita-se presenciar a constante, longa e desgastante hospedagem hospitalar (CFP, 2019). Somase a isso, o tratamento é um processo necessário, contudo desgastante, pois os pacientes e familiares assumem uma rotina de várias hospitalizações, terapias agressivas, conflitos psicológicos, dor física e efeitos colaterais causados pelo tratamento, isolamento, mudanças corporais e dependências de terceiros.

A família como a principal fonte de apoio e segurança, essa tem um papel essencial na vida do sujeito e, por causa dessa unicidade, o impacto diagnóstico impõe mudanças bruscas na rotina de ambos, exige reorganização na dinâmica familiar e readequação dos ambientes para promover os cuidados e tratamentos demandados (FETSCH et al., 2016). Logo, não se trata

apenas de membros que compartilham ascendência ou descendência sanguínea, mas todas as pessoas que possuem um laço de afeição, respeito e zelo e que se enquadrem e sejam consideradas família para além do parentesco (MACIEL et al., 2015). Posto isto, falar sobre oncologia, é referenciar o risco iminente de morte e sentimentos de angústia, medo, desesperança e tristeza. Neste ínterim, os psicólogos devem ofertar escutas ativas, encaminhamentos e constantes avaliações do estado emocional e psicológico da família para averiguar a existência de adoecimentos, sofrimentos, vulnerabilidades e sobrecarga, isto é, uma assistência especializada (CFP, 2019).

Destarte, Da Silva et al. (2020) acrescenta que os tratamentos como a quimioterapia e radioterapia possuem como efeito colateral a insônia ou hipersonia, extrema fadiga e perda energia, falta ou redução da fome/apetite, agitação ou retardo motor, redução das habilidades motoras e cognitivas, dificuldades de autoestima e/ou sentimento de culpa e arrependimentos inapropriados, pensamentos recorrentes de morte e sensação de vazio, os quais trazem a recordação da finitude e limitada natureza humana que se evoca em momentos de adversidades e doenças graves e crônicas. Assim, um ponto imprescindível a ser considerado é o valor subjetivo do sujeito acerca da doença, isto é, sua atribuição, interpretação e incertezas no desenrolar do quadro, tendo em vista que seu posicionamento irá contribuir emocionalmente para estratégias de enfrentamentos mais adaptativas. Dessa maneira, Bussing & Fischer (2009 *apud* LOURENÇÃO, JUNIOR e LUIZ, 2010, p. 47) afirma que “percepções fatalistas da doença, ou seja, percepção da doença como “inimigo”, apresentaram correlação negativa com a qualidade de saúde mental e correlação positiva com estratégias de fuga e esquiva em paciente com câncer de mama”.

Nesse sentido, muitos estudos apontam a ansiedade como fator preditivo pela associação entre câncer e morte iminente, ou seja, o risco e ameaça do futuro suscitam sentimentos e pensamentos de impotência, desesperança, medo e ativam conjuntos de crenças e emoções que centralizam interpretações fatalistas e catastróficas (MONTEIRO et al., 2020).

2.3 ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

Tendo em vista os desdobramentos acerca da psico-oncologia, muitos estudos (FERNANDES FERREIRA et al., 2020 ; MONTEIRO et al., 2020 ; VIDAL et al., 2018 ; OLIVEIRA et al., 2018) salientam o apelo religioso e a espiritualidade como estratégias de enfrentamento diante do sofrimento e angústia, além de que apontam que possuir uma crença em algo maior ou ter uma espiritualidade sadia, pode contribuir de forma significativa para uma melhora na qualidade de vida, pois reduz a utilização de serviços de saúde, facilita a adesão ao

tratamento, a prevenção e busca por um estilo de vida mais saudável, dado que ambos aparecem como redutor dos níveis de ansiedade, depressão, falta de sentido da e para a vida, fonte de inspiração e força em momentos trágicos e apaziguamento dos medos, sofrimento e dor.

Dito isto, a espiritualidade e religiosidade surgem como principal recurso interno utilizado por pacientes oncológicos frente aos penosos e demorados tratamentos para lidar com as adversidades, principalmente as incertezas quanto ao prognóstico e cura (VIDAL et al., 2018). Nesse sentido, uma distinção deve ser feita para evitar o religiosismo e doutrinação em prol de uma ou outra vertente de crença.

Neste contexto, a espiritualidade pode ser entendida como esta propensão do ser humano em tentar transcender-se e ligar-se com algo superior ou maior a ele mediante um sentido, isto é, um significado que o faz superar adversidades, experiências difíceis e lhe dá motivos para aproveitar a vida e vivê-la de forma mais plena e saudável sem necessariamente estar vinculada a uma religião (NUNES et al., 2020). Assim, a espiritualidade é intrínseca a todo sujeito como um sentimento pessoal que o impulsiona, movimenta e o direciona ao sagrado e aspectos e questões mais fundamentais e profundas que brotam da sua própria existência, além de atingir potencialidades antes inimagináveis de seus limites.

Portanto, associa fatores emocionais e sentimentais positivos, apoio comunitário, estratégias de enfrentamento e, acima de tudo, possibilita a busca de significados e propósitos na vida e obter maior esperança de cura com o tratamento, promovendo bem-estar. A espiritualidade e religiosidade para pacientes oncológicos é propulsor no âmago do desenvolvimento das potencialidades e crescimento inter e intrapessoal, além de trazer uma sensação de paz que se traduz em conforto e satisfação interior de calma (FERNANDES FERREIRA et al., 2020). Ligada também ao quesito fé, esta fornece um parâmetro de pensamento mais construtivo, criativo, esperançoso e positivo sobre o quadro que, por conseguinte, faz o paciente adotar comportamentos e cognições mais adaptativos em detrimento da percepção de ameaça à vida.

Já a Religiosidade diz respeito a um conjunto institucional e estrutural de crenças, comportamentos, atitudes, valores e princípios pertencentes a uma doutrina específica sempre atrelada à fé da qual envolve características comuns compartilhadas por determinados grupos. Desse modo, embora seja distinta conceitualmente, a espiritualidade não se desvincula da religião e deve ser compreendida na sua singularidade uma vez que cada paciente possui seu conjunto de crenças que o direciona pessoal e socialmente diante do mundo do qual deve ser respeitado independentemente da religião pertencente, como aponta James (1985 *apud* MELO e Coll, 2015, p. 452), “pois se a religiosidade consistir em algo estimado pelo indivíduo terá

implicações em sua vida concreta, independente da veracidade de suas crenças ou dogmas”. Para tanto, cabe aos profissionais de saúde um manejo ético diante destes casos dado a liberdade de culto e opinião.

A espiritualidade e o bem-estar espiritual têm provado um efeito positivo em pacientes com câncer, tendo maiores influências benéficas do que maléficas, as quais envolvem a aceitação da doença e sua ressignificação, a prevenção de comportamentos de riscos, alta sociabilidade, sentimento de pertencimento, ações mais cívicas e solidárias, capacidade de ressignificação, resiliência e superação dos obstáculos e determinantes biopsicossociais, isto é, como estratégia de enfrentamento das dificuldades que exige do sujeito uma transcendência (MONTEIRO et al., 2020). Ademais, Fernandes Ferreira et al. (2020, p.9), afirma “que a prática religiosa vivenciada pelos pacientes constitui uma estratégia que legitima e ameniza a incerteza diante das questões de caráter moral, pessoal e social, relativas à condição oncológica crônica”.

2.4 MORTE E MORRER, A ELABORAÇÃO DO LUTO

Com o avanço da Medicina e da tecnologia atrelada a saúde, houve avanços significativos no quesito mortalidade e natalidade, uma vez que tem aumentado a incidência de sobrevivência dos neonatos e o crescimento da expectativa e qualidade de vida e, por conseguinte, houve o aumento da população idosa e do contingente jovem. Contudo, delinear as mudanças ocorridas nas últimas décadas não anula as consequências do Capitalismo e das novas formas de ser e viver, corroborando para o crescimento também de patologias como tumores, doenças crônicas, alterações cromossômicas e genéticas além do próprio câncer (KÜBLER-ROSS, 1998).

Dito isto, a morte se tornou um constructo distante e ao mesmo tempo perto dos seres humanos os quais ao passo que vivem mais, podem ser acometidos pela surpresa de um diagnóstico desfavorável com desfecho terminal. Então, falar sobre morte é discorrer sobre um tema pouco debatido, temido e misterioso da qual ninguém sabe o que esperar após seu evento tendo a única certeza da sua chegada, pois é um processo natural e intrínseco a vida (KÜBLER-ROSS, 1998). Assim, o sujeito atual paira no campo de que o fim só pode ser mediado por dois paradigmas, ou pelas consequências de um diagnóstico, ou pela velhice. A concepção religiosa que se tem da morte é que ela é um castigo e condenação que ecoa na incerteza de destino.

Dessa maneira, a morte é tomada mais pelo aspecto físico e biológico relacionado ao fim e intrínseco à vida. Já o processo de morrer trata-se do prenúncio da morte e pode ser imaginária, simbólica ou até mesmo real. Neste ínterim, é complexo abordar tais temas visto

que é envolto no pacto do silêncio gerado pelo preconceito e pelo mito de que seu discurso a convoca para mau presságio. Soma-se a isso, a representação social atrelada a um contexto sócio-histórico cultural, prediz que falar sobre a morte é decifrar um enigma incerto em que se desconhece seus meios apenas o seu fim, pois as experiências com o morrer é oriunda das vivências e perspectivas de outros sendo jamais acessível em sua real dimensão (KÜBLER-ROSS, 1998). Posto isto, dentro do ambiente hospitalar, *locus* deste estudo, o impacto diagnóstico repercute nas perdas e no luto.

A terminalidade do paciente e o presenciar do acompanhante perpassa por este dilema entre aquele que terá um fim e o outro que terá que elaborar a finitude do outro além da sua própria (KÜBLER-ROSS, 1998). Desse modo, a ciência da Psicologia da Saúde parte de uma premissa fundamental que corpo e mente se influenciam reciprocamente. O psicólogo tratará das representações que o indivíduo tem da sua doença, ocupando-se de toda a simbologia ligada ao que cada pessoa vivencia no seu processo como um todo (FISCHER et al., 2007).

Não há como negar a existência e realidade da morte, é um evento inexorável que precisa de acolhimento e meios que facilitem o paciente em seu repouso, despedida e dias melhores até o fim da sua jornada. É saber que receber apoio familiar pode contribuir para o paciente e sua adaptação e reorganização pessoal, social e familiar. Logo, a hospitalização, locais de maior elaboração de morte e luto principalmente nas alas oncológicas, mas não menosprezando as demais, a morte é tomada como a própria doença e por isso deve ser combatida e aniquilada como se esta não fizesse parte também da vida em seu polo oposto. Assim, é saber que nas salas de urgência e emergência, chega um sujeito que tem necessidades e reações, experiências e uma história, desejos, medos e temores que repercutem num solitário e impessoal quadro de impotência frente à doença e aos cuidados médicos.

O paciente ao chegar no hospital é despersonalizado e reduzido a objeto de estudo, análise e intervenção, sem vontades e poder de decisão sendo conduzido a infusões, transfusões e medicações, menos dignidade, respeito e reconhecimento da existência da sua essência e sua visualização como indivíduo e sujeito em detrimento do saber técnico e mecanicista (KÜBLER-ROSS, 1998). Portanto, o sofrimento perpassa o campo real físico, mas articula-se no campo imaginário e simbólico de cada paciente e é imprescindível a arte de mitigar o sofrimento humano.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, descritivo analítico e exploratório, realizada com pacientes do Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), localizado na cidade de Campina Grande/PB. Esse hospital, de referência para o tratamento oncológico e de tratamento intensivo, tem 90% dos seus atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (ASSESSORIA FAP, 2021). Os instrumentos empregados para coletar os dados foram entrevistas de roteiro semiestruturado, questionário sociodemográfico e diário de campo, tendo com o suporte o referencial teórico adotado. Vale-se registrar que anteriormente ao início da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) sob parecer consubstanciado de nº. 5.563.958 e, em seguida, apresentado ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão da FAP (NEPE) para a obtenção da autorização institucional.

Posterior a explicação do caráter voluntário da pesquisa além dos riscos e benefícios, foram entrevistados 6 pacientes, que atingiram o critério de saturação, os quais só ocorreram após adesão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e o Termo de Autorização para Gravação de Voz. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas de forma literal, respeitando os discursos dos participantes e os neologismos próprios da linguagem informal para serem submetidas à análise e transcritas na íntegra. A análise dos dados foi feita com base na Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016) e, como técnica, foi utilizada a análise categorial temática, visando descrever categorias significativas do discurso dos sujeitos, tendo em vista os aspectos subjetivos dos pacientes, além da escuta e livre expressão do sujeito.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

No que se refere aos dados de caracterização das pacientes, identificou-se que todas as 6 participantes (100%) eram do sexo feminino, possuíam uma faixa etária compreendida entre 43 e 70 anos, com tempo de tratamento mínimo de 8 meses e máximo de 15 anos. Todas eram mães e tinham como média 4 filhos ou entre 1 e 9 filhos. Constatou-se também que 50% da amostra tinha concluído o ensino médio, tendo apenas 1 analfabeta e 1 com o ensino superior, sendo que 3 (50%) eram donas de casa, 1 concursada, 1 aposentada e 1 agricultora, demonstrando que o nível educacional e socioeconômico pode refletir no acesso ao diagnóstico precoce e o acesso a realização de todos os exames. Em sua maioria eram casadas (66,7%) tendo apenas 1 divorciada e 1 solteira. Ainda neste interim, revelou-se que 4 (66,7%) eram católicas e 2 (33,3%) eram evangélicas protestante, dados importantes que esclarecem a relação entre a concepção de morte e o uso da espiritualidade/religiosidade como mecanismo de enfrentamento. Outra consideração importante é a incidência dos tipos de câncer o qual essa

pesquisa identificou 1 paciente com câncer de intestino, 2 com câncer de mama, 1 com câncer de pulmão e mama, 1 com câncer, mas com diagnóstico inconclusivo se era na virilha ou bacia e 1 com câncer no reto.

Partindo das observações e das entrevistas realizadas com as pacientes, circunscrevemos uma análise dos principais recursos internos desenvolvidos por elas frente ao adoecimento oncológico mediante o referencial da Psico-oncologia. Nesta perspectiva, como meios de responder às adversidades oriundas da doença, as pacientes se utilizam do desejo de cura, da rede de apoio e o recurso da família e a espiritualidade como recursos internos e externos. Vale ressaltar que são meios que não se sobrepõem, mas atuam de forma conexas e interligadas.

“Acredite em Deus. Acredite no tratamento. Não se abata, porque quando você coloca na mente que vai sentir os efeitos é claro que você vai sentir os efeitos colaterais, mas seja firme. Não pode botar na cabeça que vai morrer não. Não precisa ficar triste, por que não ter que enfrentar? Então tem que ser firme”.

“Quando eu descobri, eu só sabia chorar, mas depois eu não fiquei pensando nisso se não fica pior. Então é pensar que vai ser curada. O meu principal pensamento era viver e viver. Ser curada. O que me faz permanecer é a minha família, pois ela é minha vida. Vou ficar boa para ficar com eles”.

“Tudo que eu quero é ficar boa logo. A gente faz o tratamento já pensando que vai receber a cura né”.

A partir dos relatos, foi possível identificar que alguns pacientes têm ciência das dificuldades que um tratamento de câncer traz, porém, mostraram-se engajados com o processo, tendo uma postura positiva em relação à vida e a suas expectativas. Isto pode ser considerado um recurso interno de enfrentamento, pois pacientes que adotam uma perspectiva pessimista tendem a adquirir maiores comorbidades e acelerar o avanço do câncer no corpo como uma reação psicossomática e neuroquímica (VIDAL et al., 2018).

Logo, na categoria temática o desejo de cura, principal motivação apontado por elas como propulsor para iniciar o tratamento, pressupõe uma espécie de apego aos sentimentos e pensamentos positivos para que não ocorra o desequilíbrio e desorganização do sujeito ao administrar as emoções e controle dos impulsos (OLIVEIRA et al., 2018). Assim, é silenciar a informação e a realidade imposta pela doença, para apegar-se a um desfecho mais favorável e motivador. É indiscutível que este anseio é compartilhado por pacientes com câncer dado o desejo de melhora diante de uma patologia tão estigmatizada. Neste sentido, o desejo de cura também pode ser compreendido como a capacidade de resiliência, isto é, a utilização de um ou mais recursos internos para lidar com os problemas e sofrimento, moldando às mudanças de

forma mais adaptativa de modo a superar os obstáculos e se auto reconstruir (BRAGA; MIRANDA DE LIMA; DE OLIVEIRA FRAGA, 2019).

Dito isto, Buetto e Zago (2015) apontam que essa prática utilizada para auto encorajamento visa reduzir o valor da enfermidade e os efeitos colaterais das terapias antineoplásicas para acreditar na possibilidade de cura e regressão do quadro, sem levar em consideração o fator enfermidade. Portanto, é possível diminuir o grau de relevância da doença para sobrepor o aspecto melhora em detrimento do autoflagelo. A esperança de cura lhes dá forças para continuar lutando e retomar seus projetos de vida. Esse impulso se apresenta em todos os estágios e sustenta o paciente psicologicamente e emocionalmente através do tratamento. Infere-se que todo sofrimento requer uma lição e sentido, isto é, uma perspectiva de missão que os ajuda a manterem-se fortes, erguer os ânimos e suportar mais exames e terapias. Uma negação velada, mas necessária para sustentar o insustentável que o medo da morte e a finitude (MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009).

“Em toda quimioterapia meu marido vem comigo e meus filhos. Na descoberta, quem fez tudo e pegou o resultado foi minha irmã. Eles me ajudaram a enfrentar os processos, a minha família. Eu tive muito apoio, primeiro de Deus, mas depois a minha família e os amigos ajudaram muito”.

“Não tem comparação. É bom para mim porque minha família tem me acompanhando, pois as vezes vem marido, cunhada, filha e vem ou outro, mas não fico sozinha”.

“A minha família ficou tudim triste, porque não tinha feito nem 3 meses que eu perdi uma prima com câncer na coluna. Minha irmã quem vem me acompanhar. Meu maior medo é deixar meus filhos e não ver eles crescerem já que os dois são adolescentes ainda”.

“A minha filha é quem me ajuda em tudo até porque eu não sei resolver nada e quem faz tudo é ela. Então, com a minha família que é minha filha fica tudo mais fácil”.

Apesar de possuir um diagnóstico desfavorável, observa-se que as pacientes, de um modo geral, alcançam um adequado convívio social e, pela família, atribuem todo o sentido de iniciarem o tratamento e enfrentarem o sofrimento (OLIVEIRA et al., 2018). Por conseguinte, a família é tomada como a totalidade para o paciente ao reforçar os laços de amor, empatia, suporte e confiança. Estar no seio familiar no momento do tratamento surge como um recurso interno e externo. O primeiro como um ambiente que proporciona relaxamento, redução do sentimento de desamparo e solidão, aconselhamento e cuidado e mitigam sentimentos de desânimo, ideação suicida e angústia.

O segundo, tendo em vista que a maioria das pacientes eram mães, tinham medo de gerar sofrimento a família com o seu óbito e deixar seus entes queridos em tristeza. Em suma,

o âmago familiar possibilita a convivência e aproveitamento dos momentos na relação família-paciente-vida, pois com a incerteza do prognóstico, estar rodeado de pessoas e proporcionar aproveitarem a sua existência ameniza os medos de rancor, ressentimento, arrependimentos e remorso pós-morte. Soma-se a isso, a família se torna amparo e auxílio perante as limitações físicas e cognitivas que surgem com o uso das quimioterapias concomitante às medicações (FETSCH et al., 2016).

Diante disto, é importante também verificar o estado mental e emocional dos acompanhantes que, frente a situação de adoecimento, podem descompensar pelo medo da morte do ente querido. Deve-se considerar todas as variantes envolvidas não só do prisma biológico, mas as condições emocionais, socioeconômicas e culturais dos paciente e familiares, pois desde a descoberta até o suporte para o tratamento, é com essa estrutura familiar que vão responder a patologia e suas alterações, bem como irão buscar recursos para cumprir com os encaminhamentos médicos solicitados (DA SILVA et al., 2020).

Conforme Da Silva et. al (2020), o desencadeamento de doenças como depressão, crises de ansiedade/pânico, isolamento social e estresse crônico, são possíveis tendo em vista que o familiar responsável pelo cuidado intensivo centraliza, muitas das vezes, todo o seu tempo, saúde e recursos ao paciente, negligenciando suas próprias necessidades e descanso para estar ao lado do enfermo durante todo o tempo, o que acarreta o acúmulo de funções e preocupações.

“As meninas vão lá orar e eu fico com aquela melhora. Eu faço em casa e sinto aquela alegria, alívio nos sentidos. Quando você está nervoso e ouve aquelas palavras de Deus a pessoa descansa, é bom demais. Quando eu boto fé eu sinto mesmo o alívio da ansiedade”.

“Em momento algum eu tive medo da morte, porque eu fui trabalhada pelas minhas colegas, mas primeiramente por Deus, que era um processo que eu estava passando. Eu nunca vi como uma doença, mas como um processo. É o agir de Deus. O importante é estar curada”.

“Só você está ali conversando com Deus ajuda e muito. Ajuda de uma forma que é difícil explicar, mas fala com Ele dá uma calma para a alma. É usar a fé”.

“A morte é quando Deus chama a gente e se a gente está aqui é porque Ele quer a gente aqui. Eu sou católica e tenho muita fé, porque se Deus não for na vida da gente né? Eu sempre peço para Ele dar uma ajudinha e Ele dá. Deus é meu tudo e sem ele a gente não vive”.

“O que mais me ajuda no tratamento e em tudo é Deus, Maria e minha filha. Eles são meus tudo. Deus é aquele bom pai que quando a gente precisa a gente chama por Ele”.

Por meio das falas das pacientes é perceptível que a dimensão espiritual é um importante recurso diante de adversidades, assim como aponta Vidal et al. (2018), em que traumas e situações estressantes relacionados ao processo da doença, podem ser minimizados pela fé.

O câncer, devido sua representação social negativa, leva o paciente a questionar o significado e o sentido da vida como um confronto a sua atual realidade. Contudo, quando questionadas sobre a sua compreensão sobre a morte, estas a levavam para um sentido espiritual de que Deus iria ajudá-las a não morrer e que esta era à vontade Dele. Assim, supõem-se uma certa anulação da possibilidade da morte, tendo em vista a busca por transcendência na espiritualidade e religiosidade. Conforme Oliveira et al. (2018, p.95), "a espiritualidade é um instrumento de resiliência na vivência do câncer". Os relatos estão de acordo com os estudos mais recentes sobre espiritualidade e qualidade de vida, apontando que esse gera emoções positivas, sensação de bem-estar e conforto, além de um sentido existencial para sua vida (PALLINI et al., 2019).

Do ponto de vista das participantes, recorrer a religião em tempos de crise revela a maior fragilidade humana que é o controle sobre suas próprias vidas. Com a quebra das expectativas, planos e projetos devido o diagnóstico, o paciente recorre a espiritualidade e religião com um recurso último de senso de controle, isto é, quando as suas estruturas fundamentais estão comprometidas, elas depositam sua confiança em algo superior e maior que poderá curá-las e salvá-las daquele quadro dando uma reavaliação positiva da situação (PALLINI et al., 2019). A entrega do controle reduz o estresse, ansiedade e medo, pois seja um desfecho de vida ou morte, o supremo fará o melhor para o paciente e para a família e que, se Ele deu permissão, é para que algo elas venham aprender. Isto contribui para manter a integridade e regulação emocional do paciente para permanecer no tratamento.

Em consonância ao discurso supracitado, dentre as principais palavras que surgiram nas entrevistas as quais demonstram essa afirmação foram: "Deus", "meu tudo", "paz", "fê", "força", "oração", "louvores" e "confiança". Tais palavras surgiram quando questionadas sobre o que estava ajudando-as durante esse processo. Logo, como uma experiência singular e um relacionamento diário que traz esperança e força, o fator de apoio somado a relação com o divino e do grupo religioso é fator preditivo para evitar comorbidades psiquiátricas (PALLINI et al., 2019).

Dito isto, a Psicologia Hospitalar e a Psico-oncologia tratam toda e qualquer manifestação psicológica sobre todo tipo de doença, mas sem esquecer-se da pluralidade que acompanha o termo saúde, além disso busca a etiopatogenia, mas reconhece o protagonismo do sujeito diante das adversidades da doença que o convoca (ANDRADE e AZEVEDO, 2018). Neste ínterim, a doença traz consigo o sentido de perdas materiais e imateriais, uma quebra de linearidade e projetos que impacta de forma profunda a vivência do indivíduo e seu

sentido de e na vida, tendo em vista o conjunto de atribuições e significados que o sujeito confere a sua patologia (BRAGA; MIRANDA DE LIMA; DE OLVEIRA FRAGA, 2019).

Por meio dos relatos, foi possível perceber que o desejo de ser curada, a rede de apoio familiar e a espiritualidade, foram imprescindíveis para que as pacientes lidassem melhor tanto com a doença como os outros, aspectos que se manifestam de diferentes concepções na vida de cada uma delas, mas partilham de um discurso comum. Dito isto, a atuação com pacientes oncológicos deve ser integral, humanizada e holística ao considerar os conteúdos presentes e visivelmente palpável como a doença e os sintomas, mas também visualizar as facetas implícitas e não tão evidentes como o contexto, condições socioeconômicas, vínculos socioafetivos, crenças e religião. Logo, urge a necessidade de um acolhimento Inter e multidisciplinar que inclua a área espiritual em respeito ao paciente e como meio da equipe se utilizar disto para ser um facilitador na adesão ao tratamento. Diante disto, na responsabilidade ética e o desejo de retomar o protagonismo do paciente no seu manejo saúde-doença, a psicologia surge como a área de maior compreensão dos aspectos subjetivos. Contudo, observou-se que ao indagar as pacientes sobre a existência ou atendimento realizado pela psicóloga da FAP na descoberta da patologia, ambas ecoam numa sintonia de que não sabiam da sua existência e não tinham sido ouvidas por ela.

Sendo assim, deixa-se como sugestão ao Hospital da FAP, um hospital de tamanha relevância, referência e renome no tratamento oncológico, mesmo sendo filantrópico, a possibilidade de dispor de mais profissionais da área da Psicologia para realizar rondas, acolhimentos, escutas, psicoterapia breve e buscar, diante das fragilidades e impotências das pacientes, compreender as outras variáveis que estão envolvidas no tratamento e ajudá-las a pensar e formular uma compreensão mais empatia, primeiro por elas mesmas e, posteriormente, nos vínculos que estão inseridas, sempre considerando o significado da fé nessa associação que é feita entre câncer e morte, sendo a espiritualidade convocada para amenizar as angustias e nutrir as esperanças. Neste estudo é unânime o reconhecimento da fé como força, suporte e controle para a superação da doença, permanência no tratamento e melhor adesão ao tratamento e qualidade de vida.

A experiência certamente mostra que existem alguns aspectos são cruciais na atuação do psicólogo da saúde, empatia, compreensão, paciência, determinação, uma postura ativa, disponibilidade, flexibilidade e criatividade, pois muitas vezes é necessário lançar mão de instrumentos, técnicas e métodos ou mesmo de settings que não são tradicionais, mas faz toda a diferença no trabalho hospitalar oncológico (ALVES MOURÃO; DA ROCHA ARRAIS, 2013). Para tanto, acredita-se que a atuação do Psicólogo nessas instituições poderia ir além do

acolhimento, escuta e intervenção, mas mediar interesses, comunicação, anseios e medos entre os profissionais e as pacientes, sendo um encontro que suscite e capacite a paciente para o reconhecimento e utilização de seus próprios recursos, inclusive sociais (CFP, 2019). Além disso destaca-se a necessidade de uma visão psicossocial, dado que diversos aspectos como dinâmicas familiares e questões sociais, contextuais e relacionais mediam e tornam peculiar a experiência de cada mulher e familiar com o hospital.

5 CONCLUSÃO

A partir dos relatos foi possível verificar que as pacientes ao receber o diagnóstico de câncer a interpretam como uma sentença de morte, mas levam a concepção de morte para o âmbito espiritual e religioso como recurso de enfrentamento e manutenção da própria homeostase psicológica. Além disso, enfatizou-se a centralidade que a família possui no acompanhamento e incentivo do paciente na luta contra a patologia e o desânimo gerado durante o tratamento. Acrescenta-se que pacientes que mantiveram uma avaliação positiva da situação têm tido maiores chances de cura e recuperação ao evitar comorbidades psiquiátricas.

Ademais, essa pesquisa teve suas limitações como o curto tempo de coleta de dados, pequena amostra devido o receio das pacientes em falar acerca da sua história, mas acima de tudo, a sua não participação por causa da informação que ao ser introduzido a medicação e o soro, estas ficavam com sensação de queima e ardência no pulso, além do desencadeamento de muitas dores de cabeça, tontura e sono, gerando um grande mal-estar e falta de ânimo para dialogar. Entretanto, mesmo sendo abordadas em tempo anterior a isto, mostravam-se resistentes ao falar, uma vez que a porta das salas permaneceram abertas e cada quarto possuía um número de pacientes extensos. Soma-se a isso, restringiu-se a uma amostra feminina em detrimento da masculina, tendo em vista a maior acessibilidade e identificação, como também, foi questionado de antemão a equipe de enfermagem a prevalência dos casos no setor masculino, sendo preponderante o câncer de próstata, algo que deixava os pacientes constrangidos pela entrevistadora ser mulher.

Todavia, foi de grande contribuição o espaço aberto as pacientes que estão a mais de 1 ano em tratamento, mas nunca tiveram a oportunidade de contarem as suas histórias e superações, além disso, esta pesquisa cumpriu com seu objetivo de fazê-las refletir sobre temas que as permeiam, mas ainda estão no âmbito do não dito ao levá-las a nomear seus sentimentos e vivências somado a percepção que elas têm de si, da doença, do tratamento e da família.

Ademais, corrobora para os estudos que vinculam espiritualidade e oncologia, além da relevância da família no amparo ao paciente em todas as etapas não como um produto pronto e

acabado, mas como um ponta pé inicial para se pensar maiores intervenções da Psicologia no Hospital da FAP. Por conseguinte, o paradigma saúde/doença envolve uma complexidade da qual só a assistência mental ou médica não é suficiente, tendo em mente que a integralidade dos fenômenos requer uma análise social e cultural dos estudos no campo da Saúde.

Estima-se que o presente estudo contribuirá para a expansão de reflexões sobre a importância de escutar as pacientes e suas demandas e como estas interpretam e percebem seu estado médico, além de proporcionar uma maior visibilidade às mulheres inseridas no hospital e não na sua debilitação, já que por meio dos relatos de casos foram vislumbrados temas para além da internação, perpassando assuntos como autoestima, luto pela perda dos cabelos e fios, dificuldades de relacionamentos e deslocamento, sentimentos de inutilidade e fragilidade, sofrimento pela quebra da rotina e produtividade e os aspectos psicossociais e emocionais que as circundam. Logo, por mais que os estudos tenham crescido sobre a psico-oncologia e os efeitos positivos da realização de acompanhamento psicológico ao paciente oncológico, pouco se mobiliza para a efetiva integralização da assistência ao serviço hospitalar. Portanto, todo sujeito tem a liberdade e autonomia de exercer seu protagonismo e escolhas quando é consciente dos procedimentos pelos quais está ou será submetido, além de ser um direito o acolhimento em sua complexidade.

REFERÊNCIAS

ASSESSORIA FAP. Nossa História. Disponível em: <[Nossa História – Hospital da FAP](#)>. Acesso em 30 de agosto de 2022.

ALVES MOURÃO, Mariana ; DA ROCHA ARRAIS, Alessandra. Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio. *Revista Psicologia e Saúde* [en linea]. 2013, 5(2), 152-164[fecha de Consulta 21 de Julio de 2022]. ISSN: . Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=609866383012>.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <<https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>>. Acesso em 30 de agosto de 2022.

BRAGA, B. R.; MIRANDA DE LIMA, A. M.; DE OLIVEIRA FRAGA, L. C. Estratégias que reforçam a resiliência em pacientes com distúrbio oncológico: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFJF**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 1–10, 2019. DOI: 10.34019/2446-5739.2019.v5.14052. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/14052>. Acesso em: 13 set. 2022.

BUETTO, L. S.; ZAGO, M. M. F. Significados da qualidade de vida no contexto da quimioterapia pelo paciente com câncer colorretal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S. l.], v. 23, n. 3, p. 427-434, 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0455.2572. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/102734>. Acesso em: 7 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP no 014/2000. Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2000. Disponível em: <www.pol.org.br>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução 07/2003, Institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP no 17/2002. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2003. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução 010/2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005. Disponível em: <www.pol.org.br>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP no 013/2007. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2007. Disponível em: <www.pol.org.br>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA(CFP). Resolução 01/2009. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009. Disponível em: <www.pol.org.br>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS / Conselho Federal de Psicologia, Conselho s Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas . — 1. ed. — Brasília: CFP, 2019.

DA SILVA, Gislaine Scholtz et al. O apoio familiar no tratamento do paciente oncológico: uma revisão narrativa. **Revista da Saúde da AJES**, v. 6, n. 12, 2020.

FETSCH, Camila Fernanda et al. Estratégias de coping entre familiares de pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 1, p. 17-25, 2016.

FERNANDES FERREIRA, L. et al. A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S. l.], v. 66, n. 2, p. e-07422, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.422. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/422>. Acesso em: 11 ago. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tipos de câncer. Rio de Janeiro: **INCA**, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>. Acesso em: 11 ago. 2022

LIMA NETO, Valdir Barbosa. A espiritualidade em logoterapia e análise existencial: o espírito em uma perspectiva fenomenológica e existencial. **Rev. abordagem Gestalt.**, Goiânia , v. 19, n. 2, p. 220-229, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 de agosto de 2022.

- MACIEL, A. F. et al. (2015). Paciente com câncer: significado da família no seu tratamento. *Enfermagem Brasil*, 14(4), p.195-201. Recuperado de <http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/41>
- MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Revista da SBPH**, v. 12, n. 1, p. 151-173, 2009.
- MONTEIRO, Daiane Daitx. et al . Espiritualidade / religiosidade e saúde mental no brasil: uma revisão. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo , v. 40, n. 98, p. 129-139, jun. 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 ago. 2022.
- NUNES, Rogevando Rodrigues et al. Compreender como a espiritualidade e a religiosidade influenciam a experiência dos pacientes com câncer. **REVER: Revista de Estudos da Religião**, v. 20, n. 2, p. 47-59, 2020.
- OLIVEIRA, Denise Soares de et al. Influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pacientes em quimioterapia. 2018.
- PALLINI, Ana Celi et al . Percepções de pacientes oncológicos sobre espiritualidade: um estudo qualitativo. **Psicol. Am. Lat.**, México , n. 32, p. 169-179, nov. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2019000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 set. 2022.
- Resolução CFP 13/2007. Institui a Consolidação das Resoluções Relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e Dispõe Sobre Normas e Procedimentos Para Seu Registro. P. 21-22. Disponível em: http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2007_13.pdf.
- Resolução CFP 001/2009. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf
- Resolução Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- SANTOS, David Moises Barreto dos. Logoterapia: compreendendo a teoria através de mapa de conceitos. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 68, n. 2, p. 128-142, ago. 2016 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 de agosto de 2022.
- SIMONETTI, Alfredo. Manual de psicologia hospitalar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1TZT49SQvALAUNzZVOIkr14fAtvK2GcD->>. Acesso em 27 de Junho de 2022.
- VIDAL, Ana Luiza Pires et al. Espiritualidade e cuidados paliativos no tratamento de pacientes oncológicos. **CIPEEX**, v. 2, p. 1149-1160, 2018.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por ter me dado essa oportunidade de conquistar meus sonhos, nutrido minha fé e me mantido na trilha durante este período de ensino superior com saúde e forças para chegar até o final.

Aos meus pais Ênio e Marta que sempre estiveram ao meu lado me apoiando, dando suporte e se sacrificando cada vez mais para que eu pudesse ter mais oportunidades dos que eles tiveram ao longo de toda a minha trajetória.

Ao meu esposo Lucas e minha irmã Rebeca pela compreensão e paciência demonstrada durante os meus dias de estresse e correria desde o início até a conclusão do meu sonho que era me formar.

Agradeço a minha orientadora Raisa por aceitar conduzir o meu trabalho de pesquisa, sendo um exemplo para mim como profissional, pessoa e professora.

Também agradeço as minhas amigas por toda ajuda, incentivo, diálogos e momentos de crescimento, pois foram importantes para que eu não desistisse no meio da jornada.

E por fim, agradeço a minha Tia Eliana que aceitou abrir as portas nas instituições hospitalares da qual eu me propus fazer pesquisa, sempre sem medir esforços em me ajudar e sendo uma facilitadora nesses âmbitos.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse trabalho.

