



FACULDADE PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA AMAZÔNIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA

BRUNA BRAGA FERREIRA DE MENEZES
VICTÓRIA CRISTINA AZEVEDO GALVÃO OLIVEIRA

ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS:
Aproximações com a abordagem centrada na pessoa

PARAUAPEBAS
2023

BRUNA BRAGA FERREIRA DE MENEZES
VICTÓRIA CRISTINA AZEVEDO GALVÃO OLIVEIRA

ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS:

Aproximações com a abordagem centrada na pessoa.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como parte das exigências do Programa do Curso de Psicologia para a obtenção do Título de Bacharel.

Orientador: Prof(a). Milena Vieira Sousa.

PARAUAPEBAS

2023

BRUNA BRAGA FERREIRA DE MENEZES
VICTÓRIA CRISTINA AZEVEDO GALVÃO OLIVEIRA

ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS:

Aproximações com a abordagem centrada na pessoa.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como parte das exigências do Programa do Curso de Psicologia para a obtenção do Título de Bacharel.

Aprovado em: 28 / 06 / 2023.

Banca Examinadora

Daniela S

Prof. Me. Daniela dos Santos Américo
Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia - FADESA

Washington S

Prof. Esp. Washington Moraes Silva
Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia - FADESA

Milena S

Profa. Orientadora. Esp. Milena Vieira Sousa
Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia - FADESA

Data de depósito do trabalho de conclusão _____/_____/_____

Dedicamos este trabalho aos nossos pais Sydney e Natália e Valdecir e Wilson, que se esforçaram para nos ajudar a manter a persistência e paciência. A nossos cônjuges Ricardo e Wesley, sem eles nada disso poderia ser possível.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que nos deu força para concluir esta etapa de nossas vidas, como diz Jeremias 29. 11 “Porque sou Eu que conheço os planos que tenho para vocês, diz o Senhor: planos de fazê-los prosperar, planos de dar a vocês esperança e um futuro”.

Aos pais da Bruna, Wilson e Valdeci, irmão João Paulo e avó Diolala e aos pais da Victória, Sydney e Natália e irmão Sydney Filho que foram peças fundamentais para a perseverança e conclusão deste trabalho.

Aos nossos antigos namorados, que se tornaram noivos e hoje cônjuges, Ricardo esposo da Bruna e Wesley esposa da Victória, que foram nossa rede de apoio emocional e financeira. Ao futuro bebê do casal Ricardo e Bruna que nos traz luz, alegria e esperança que dias melhores virão.

Agradecemos aos nossos professores Daniela Américo, João Cardoso, Washington Moraes, Diones Soares e nossa orientadora e maior fã Milena Vieira que contribuíram para o nosso crescimento intelectual e nos motivaram a crescer como pessoas e profissionais.

A nossa faculdade, FADESA, na pessoa de Rejane Braga e Mauricio Braga que nos propuseram a oportunidade de cursar e concluir com sucesso a graduação de Psicologia.

Por fim, agradecemos a nós que sempre nos apoiamos e encontramos uma na outra a força necessária para continuar e não desistir. Desenvolvendo da melhor forma possível esse tão sonhado projeto.

“O indivíduo representa um processo digno do mais profundo respeito, tanto pelo que é, como pelas suas potencialidades.”

Carl Rogers

RESUMO

Introdução: O câncer abrange diversos tipos de doenças malignas e apesar dos avanços tecnológicos da medicina a doença está em segundo lugar de maior incidência de mortes no Brasil. A comunicação no ambiente hospitalar é essencial, e uma má notícia pode afetar a visão de futuro de pacientes oncológicos, sendo imprescindível para uma boa adesão ao tratamento desses pacientes. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo realizar um levantamento bibliográfico sobre a adesão ao tratamento relacionado ao gerenciamento de más notícias de pacientes oncológicos à luz da Abordagem Centrada na Pessoa. **Método:** Foi realizada uma pesquisa de revisão bibliográfica, de caráter descritiva com abordagem qualitativa nas seguintes bases de dados Capes, Scielo, Pepsic e Google Acadêmico. **Resultados:** Foi observado de acordo com os estudos que a má notícia interfere no processo de adesão ao tratamento, afetando significativamente a vida do paciente e sua família, bem como a Abordagem Centrada na Pessoa pode ser usada em hospitais além de clínicas terapêuticas com o intuito de humanizar e criar um ambiente de cuidado e atenção. **Conclusão:** Os estudos mostram que uma má notícia entregue de forma adequada afeta positivamente na adesão ao tratamento de pacientes oncológicos, munido-se das técnicas da Abordagem Centrada na Pessoa é possível criar um ambiente humanizado e empático.

Palavras-chave: Câncer; Oncológico; Diagnóstico; Tratamento; Psicologia; Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Cancer includes several types of malignant diseases and despite the technological advances in medicine, the disease is in second place of the highest incidence of deaths in Brazil. Communication in the hospital environment is essential, and bad news can affect the forward-looking vision of oncologic patients, being essential for a good adherence to treatment of these patients. **Goals:** This paper aims to conduct a bibliographic survey on treatment adherence related to bad news management in cancer patients from a Person-Centered Approach perspective. **Method:** A literature review was carried out, of a descriptive nature with a qualitative approach in the following databases: Capes, Scielo, Pepsic, and Google Acadêmico. **Results:** It was observed according to the studies that bad news interferes in the process of adherence to treatment, significantly affecting the life of the patient and his family, as well as the Person-Centered Approach can be used in hospitals and therapeutic clinics with the intention of humanizing and creating an environment of care and attention. **Conclusion:** The studies show that if bad news is adequately managed, positive results in the adherence to treatment of oncology patients occur; by using the techniques of Person-Centered Approach, it is possible to create a humanized and empathetic environment.

Keywords: cancer; oncology; diagnosis; treatment; psychology and treatment adherence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Levatamento Bibliográfico	34
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	-Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACP	-Abordagem Centrada na Pessoa
TCC	-Trabalho de Conclusão de Curso
INCA	-Instituto Nacional de Câncer
UNACON	-Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CACON	-Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
OMS	-Organização Mundial da Saúde
PS	-Psicologia da Saúde
SUS	-Sistema Único de Saúde
SUAS	-Sistema Único de Assistência Social
PEPSIC	-Periódicos Eletrônicos de Psicologia
SciELO	-Scientific Electronic Library Online
CNS	-Conselho Nacional de Saúde
CEP	-Comitê de Ética e Pesquisa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 HISTÓRIA DO CÂNCER NO BRASIL.....	16
2.1 Gerenciamento de más notícias e adesão ao tratamento em pacientes oncológicos.....	19
2.2 Contribuições do psicólogo e diferentes áreas da psicologia.....	24
2.3 Contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa	29
3 METODOLOGIA	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho traz como tema “O gerenciamento de más notícias em pacientes oncológicos e os processos de adesão ao tratamento na visão da Abordagem Centrada na Pessoa”.

Muito se discute sobre a importância do cuidado com o outro, o cuidado ativo e genuíno, principalmente nos últimos anos onde o cuidado e a empatia estiveram em evidência após um período de pandemia, o cuidado deve ser praticado quando algo que precisa ser dito vai de encontro ao sentimento e crenças do outro, é possível que uma simples fala possa acarretar um desequilíbrio na vida do ser humano, podendo ser na esfera emocional, física ou psicológica. Segundo Curvinel et al., (2021) a forma como é dada uma notícia a alguém afeta significativamente a vida do indivíduo e sua perspectiva.

A notícia entregue de uma forma “não adequada” passa a ser considerada uma má notícia. A má notícia pode produzir sentimentos desagradáveis e dúvidas a quem recebe, especialmente quando são associadas ao diagnóstico de alguma enfermidade, a má notícia tem relação com a entrega de diagnósticos a pacientes oncológicos, e quem já recebeu esse diagnóstico ou tem algum ente querido diagnosticado com a doença consegue mensurar o impacto que essa notícia causa no paciente e em sua rede de apoio (CURVINELL et al., 2021).

É inegável que após a entrega de uma má notícia se faz necessário ter um cuidado com o paciente e seus familiares. É importante estabelecer um vínculo de confiança entre profissionais de saúde, pacientes e familiares para que haja assim, uma melhor adesão ao tratamento (FERRAZ et al., 2020). A forma como é estabelecido essa confiança irá ser determinante para o bom funcionamento e adesão ao tratamento, o paciente pode sentir-se acolhido ou não.

Segundo Lustosa et al., (2011), um fator importante na adesão ao tratamento é a forma em que a comunicação é dada entre os profissionais e pacientes, uma vez que dar uma informação de forma eficaz e clara, auxilia o usuário na compreensão de sua doença. Poderia ser apresentada uma abordagem que melhor se encaixaria no tratamento de saúde? para esse acompanhamento em saúde se faz necessário um olhar humanizado para o paciente e não apenas ao número do prontuário, sendo assim pode se dizer que, a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), pode ser considerada, até o momento, uma das abordagens psicológicas mais completas para

trabalhar em saúde, pois entende que “[...] sua proposta de promover relações interpessoais autônomas e conseqüentemente humanizadas sugere o desenvolvimento de atitudes de consideração positiva incondicional, empatia e autenticidade [...]” (BACELLAR et al., 2012, p.134).

Carl Rogers, precursor da ACP, fez questão de enraizar na abordagem a relação com a pessoa humana, tornando esse ponto fator fundamental para conhecimento de fenômenos psicológicos (BEZERRA; BEZERRA, 2012). Essa pesquisa traz como problemática “Como pacientes oncológicos enfrentam o recebimento de más notícias e lidam com a adesão ao tratamento?” Nesse contexto, a psicologia busca maneiras de humanizar os atendimentos em hospitais e formas de mudar a postura dos profissionais da saúde através de um trabalho multidisciplinar que contribua para a adesão ao tratamento dos pacientes.

O momento de dar as más notícias precisa ser regado de empatia e cuidado, por isso é preciso saber ouvir e entender a dor do outro, não bastando apenas o falar. Dessa forma, incentiva a adesão ao tratamento desses pacientes, uma vez que é preciso sentir e entender que cada pessoa passa por aquele processo de forma diferente (FERRAZ et al., 2020).

Segundo Calsavara et al., (2019) a Abordagem Centrada na Pessoa, irá auxiliar na promoção de relações interpessoais, que visam um atendimento humanizado, aplicada no contexto hospitalar atua como facilitadora desse processo de transmissão da notícia e adesão ao tratamento, bem como o acolhimento do paciente e seu familiar.

A importância desse trabalho se justifica tendo por base como a adesão ao tratamento em pacientes oncológicos pode ser difícil quando precisam lidar com as expectativas e incertezas que o diagnóstico traz, por isso a necessidade de haver profissionais preocupados com a maneira de dar uma má notícia (GOBBI, 2020). Assim, a pesquisa visa revisar sobre a forma que as más notícias são dadas aos pacientes, além de como melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e usuários.

Busca-se explicar como a adesão ao tratamento pode ser melhorada e quais fatores podem levar o indivíduo a não adesão, tudo isso à luz da Abordagem Centrada na Pessoa, em busca de um ambiente empático e humanizado. Justifica-se também pela falta de estudos que apontem a correlação dos temas, tendo a necessidade de mais investigação sobre o conteúdo.

Durante a leitura deste trabalho será possível gerar conhecimento sobre a relação entre o gerenciamento de más notícias e a adesão ao tratamento, bem como a eficiência da ACP na adesão ao tratamento de pacientes oncológicos e discutir sobre a aceitação da adesão após o recebimento das más notícias.

Com base nisso, o trabalho de pesquisa bibliográfica traz como objetivo geral realizar um levantamento bibliográfico sobre a adesão ao tratamento relacionado ao gerenciamento de más notícias de pacientes oncológicos à luz da Abordagem Centrada na Pessoa, de como a ACP pode tornar-se peça fundamental quando atrelada ao cuidado e ao tratamento desses pacientes que por muitas vezes acabam perdendo a sua própria personalidade no decorrer do tratamento.

2 HISTÓRIA DO CÂNCER NO BRASIL

O câncer por muito tempo ocupou espaço de uma das doenças mais temidas, inicialmente por ser uma doença pouco conhecida, onde em alguns casos pessoas que não possuíam conhecimentos voltados à medicina a atrelavam a maldições ou castigos divinos. A doença era considerada incurável e de tratamento de alta complexidade que debilitava o paciente ao longo de todo o seu tratamento (TEIXEIRA et al., 2012).

O termo “Câncer” abrange cerca de 100 diferentes tipos de doenças malignas que possuem em comum o crescimento desordenado de células, que dividindo-se rapidamente tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, podendo espalhar-se por várias regiões do corpo. Uma das características que diferenciam os tipos de câncer é a velocidade que as células se multiplicam e a capacidade de invadir outros órgãos e tecidos, conhecido como metástase (INCA, 2022).

“Durante as primeiras décadas do século XX, houve uma verdadeira tomada de consciência dos médicos brasileiros em relação ao câncer, o que levou ao surgimento das primeiras iniciativas para incluí-lo na agenda da saúde pública nacional” (TEIXEIRA et al., 2012, p. 376-377). A incidência da doença com o passar dos anos a fez ter mais visibilidade e dessa forma mais investimentos para a investigação, sendo criado o Instituto Nacional de Câncer (INCA), entretanto ainda há a dificuldade em implantar um plano nacional de controle do câncer (TEIXEIRA et al., 2012).

Apesar dos avanços tecnológicos e da medicina, o câncer é colocado como a segunda maior incidência de morte no Brasil, onde em 2018 foram diagnosticados mais 500 mil novos casos (SUNG et al., 2020). Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2022) “são esperados 704 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025, com destaque para as regiões Sul e Sudeste, que concentram cerca de 70% da incidência”. Pelas estimativas do INCA cerca de 21 tipos de câncer são mais incidentes no País, sendo que na região Norte o câncer de fígado está entre os 10 com mais ocorrência, devido a infecções hepáticas ou doenças hepáticas crônicas (INCA, 2022).

Os estigmas do câncer referem-se a sofrimento, à dor, ao medo da morte, à preocupação com a autoimagem, bem como à perda do atrativo sexual, da capacidade produtiva e de peso. Mesmo com todos os avanços em relação ao diagnóstico e ao tratamento, o estigma em relação ao câncer ainda é forte, tanto na sociedade como na equipe de saúde (ANGERAMICAMON, 2004;

CHIATTONE, 1992; MARUYAMA et al., 2006 apud FARINHAS et al., 2013, p. 112-113).

Nas últimas décadas houve um aumento no número de casos, e das prevalências deles, como diagnósticos de câncer de mama, colo do útero, próstata entre outros (TEIXEIRA et al., 2012). O diagnóstico do câncer muda significativamente o relacionamento entre os membros da família do paciente. Isso porque a doença acarreta um processo de incerteza e dúvidas sobre a doença (MELO et al., 2012).

Dentro do contexto oncológico, mais especificamente após o diagnóstico da doença, a questão da morte passa a fazer parte da rotina do sujeito doente. [...] por mais que tenham havido avanços no tratamento, no prognóstico e aumentado as 20 perspectivas de cura, no imaginário social, uma das enfermidades mais associadas à questão da morte na contemporaneidade ainda é o câncer (BECK, 2017, p. 19-20).

Alguns dos principais tratamentos para o câncer são cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou transplante de medula óssea, em diversos casos é necessário combinar mais de um deles (INCA, 2022).

“A cirurgia oncológica é um tipo de tratamento do câncer que consiste na retirada do tumor através de operações no corpo do paciente. Quando indicada, sua intenção é remover totalmente o tumor.” (INCA, 2022).

Segundo o INCA, o câncer quando ainda em fase inicial pode ser controlado ou até mesmo curado através da cirurgia. A cirurgia pode ter como efeito a cura caso o tumor seja descoberto precocemente, podendo ser retirado totalmente ou com intenção paliativa, quando “o objetivo é de reduzir a quantidade de células tumorais ou de controlar sintomas que comprometam a qualidade da sobrevivência do paciente.” (INCA, 2022).

A cirurgia oncológica é também uma forma de examinar a extensão da doença, assim, em alguns casos só é possível determinar seu grau de disseminação durante a cirurgia (INCA, 2023).

A quimioterapia é um tipo de tratamento contra o câncer onde se é utilizado medicamentos para o combate do desenvolvimento da doença. Os remédios se misturam com o sangue e são levados para todo o corpo com o intuito de destruir as células cancerígenas, impedindo também que se espalhem (INCA, 2023).

Este tratamento pode ser administrado por via oral (pela boca), intravenosa (pela veia), intramuscular (pelo músculo), subcutânea (abaixo da pele), intratecal (pela espinha dorsal) ou tópica (sobre a pele) (INCA, 2023).

Já a radioterapia “é um tratamento no qual se utilizam radiações ionizantes (raios-x, por exemplo), que são um tipo de energia para destruir as células do tumor ou impedir que elas se multipliquem.” (INCA, 2023).

Boa parte dos pacientes tratados com radiações tem resultados positivos, onde o tumor pode desaparecer, ser controlada ou até curada. Se não é possível obter cura, a radioterapia pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida, pois as aplicações diminuem o tamanho do tumor e alivia a pressão, o que proporciona alívio (INCA, 2023).

O transplante de medula óssea é um tratamento “proposto para algumas doenças que afetam as células do sangue, como as leucemias e os linfomas”. Corresponde a substituição de uma medula óssea doente por células normais e tem por objetivo a reconstituição de uma medula saudável. Vale ressaltar que por diversas vezes esses tratamentos são indicados em conjunto para uma maior eficiência do processo (INCA, 2023).

Existem também os cuidados paliativos, que “são os cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida.” Tem como objetivo promover qualidade de vida aos pacientes e seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, bem como de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (INCA, 2023).

O tratamento pode ser realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o INCA, atualmente existem cerca de 317 unidades e centros de assistência destinados ao tratamento do câncer, tendo pelo menos 1 hospital habilitado para esse tipo de atendimento em cada estado e o paciente pode encontrar desde exames a cirurgias mais complexas (INCA, 2022).

Com a criação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013) determinou-se o cuidado integral para esses pacientes de modo regional, descentralizado e estabelece que o tratamento do câncer passa a ser realizado em estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Unacons e Cacons esses centros e unidades passam a ofertar assistência especializada e integral aos usuários, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento (BRASIL, 2013).

Diante disso, a atenção assistencial na área oncológica coloca os profissionais em contato estreito com situação de dor, finitude e morte, além de mutilações,

efeitos colaterais que desencadeiam graves reações físicas e emocionais, bem como a desesperança de pacientes e familiares e ainda, com a expectativa de cura da doença. Estes elementos imputam aos profissionais a necessidade de enfrentamentos durante a operacionalização da assistência aos indivíduos, visto que a prevalência do câncer vem aumentando ao longo dos últimos anos (PIMENTEL et al., 2019, p. 87).

As Políticas de Prevenção e Controle do Câncer tem papel fundamental ao garantir ao paciente em tratamento a assistência necessária, onde por meio da equipe multidisciplinar passa a realizar o processo de motivação do paciente, desenvolvendo uma confiança, induzindo a adesão ao tratamento, promovendo recursos de enfrentamento e gerando assim uma adaptação psicossocial (PIMENTEL et al., 2019).

2.1 Gerenciamento de más notícias e adesão ao tratamento em pacientes oncológicos

Segundo Carneiro (2017), a comunicação é fundamental relacionada à saúde, pois tanto o paciente quanto a família têm o direito à informação e é dever dos profissionais informá-los acerca da situação clínica em que se encontra.

De acordo com Buckman (2005, tradução dos autores), uma definição básica para más notícias é qualquer novidade/notícia que seriamente afete a visão do indivíduo sobre sua perspectiva futura. Toda má notícia, portanto, tem sérias consequências desfavoráveis para os pacientes e familiares.

Problemas, no contexto das notícias difíceis, talvez possam ser entendidos como tudo que afaste o outro da possibilidade de viver uma vida boa, confortável e tranquila, enquanto for possível, enquanto viver. As pessoas precisam da verdade durante toda a vida, não apenas no fim dela, por respeito, para poderem desenvolver sua autonomia e arbítrio. Por essa razão receber más notícias faz parte da nossa vida (SILVA, 2012, p. 52).

Para Silva (2012, p. 50) “cada processo de comunicação exige uma técnica adequada ao seu conteúdo”. Por isso a forma de dar uma má notícia depende da “idade, o sexo, o contexto cultural, social, educacional, a doença que acomete o indivíduo, seu contexto familiar” (SILVA, 2012, p. 50). Perceber as duas dimensões da comunicação, a verbal e não verbal é de suma importância ao dar uma notícia, uma vez que é preciso considerar o conteúdo falado e o sentimento da outra pessoa pela mensagem transmitida (SILVA, 2012).

Segundo Silva e Araújo (2012) existem algumas estratégias adequadas para uma boa comunicação, dentro da dimensão verbal temos como exemplo: repetir a

informação com calma, clareza e sinceridade sempre que necessário; disponibilizar tempo e utilizar uma linguagem adequada para a realidade do paciente, entre outros. Já na dimensão não verbal é possível dar exemplos como: ouvir reflexivamente, atentar-se para as expressões do paciente, manter o contato visual, promover um ambiente tranquilo e reservado, entre outros.

O objetivo da comunicação é o bom entendimento entre as pessoas; no entanto, nem sempre este entendimento é alcançado, devido à influência de fatores como nível de instrução, cognição, cultura e idade que podem comprometer a qualidade da comunicação nas relações humanas (ARAÚJO; LEITÃO, 2012, p. 58).

Como já dito, má notícia pode causar sofrimento ao paciente, sofrimento esse que pode ser reduzido ou sanado se o médico e demais profissionais de saúde mostrarem compreensão pelo indivíduo e consideração pelos seus sentimentos e emoções, ter tempo para responder suas perguntas transmitirá ao doente um apoio que precisa (ARAÚJO; LEITÃO, 2012).

É importante ressaltar que a qualidade da comunicação no contexto da saúde não é direcionada somente para a díade 'assistente e assistido', mas deve envolver todos os profissionais que compõem a equipe interdisciplinar; dessa forma, o vínculo do paciente se dá também com toda a rede de profissionais que a integram (ARAÚJO; LEITÃO, 2012, p. 59).

Assim é de suma importância a postura e qualidade da comunicação entre equipe médica e paciente, incluindo também a sua rede de apoio (familiares) aos se revelar uma má notícia, pois a forma de comunicação pode interferir ou agregar na maneira em que o paciente e familiares vão enfrentar o desenvolvimento da doença (ARAÚJO; LEITÃO, 2012).

Para cuidar de pacientes em estágio terminal é essencial desenvolver como habilidade a escuta. A escuta profissional atenta e reflexiva é uma das principais ferramentas do profissional que atua nessa área, pois permite identificar as reais demandas do paciente (SILVA; ARAÚJO, 2012). "Sentar-se ao lado do paciente, mostrando-se interessado por sua história e disponível para ouvi-lo e compreendê-lo é uma maneira comprovadamente eficaz de assisti-lo emocional e espiritualmente." (SILVA; ARAÚJO, 2012, p. 78).

O psicólogo é o profissional mais indicado para captar desejos, inibições, ouvir a voz da alma, mesmo quando a pessoa está em silêncio. Muitas vezes é preciso decifrar perguntas e respostas do paciente à família ou a qualquer outra pessoa, inclusive a membros da equipe (DOMINGOS et al., 2013, p. 21).

A comunicação de notícias não favoráveis, acaba se tornando uma tarefa difícil para a equipe que está acompanhando o paciente, assim pode ocasionar impactos emocionais aos pacientes bem, como em sua rede de apoio. Assim a equipe médica acaba se preocupando de como a má notícia afetará o paciente e de como será a sua reação (BORGES; FREITAS; GURGEL, 2012, PEREIRA, 2005 apud CALSAVARA et.al., 2019).

Logo, a necessidade da família receber informações precisas e claras por parte dos profissionais da saúde no momento do diagnóstico é fundamental e pode facilitar ou prejudicar o posterior tratamento (FARINHAS et al., 2013, p. 113). Conforme assinalam Maruyama et al., (2006, p. 175 apud FARINHAS et al., 2013, p. 113), faz-se necessário romper com o “círculo vicioso do estigma da doença”, inicialmente entre os profissionais da saúde e, depois, entre os pacientes e suas famílias.

Como uma ferramenta para auxiliar os profissionais de saúde ao entregarem uma má notícia foram elaborados alguns protocolos para nortear a equipe médica e multidisciplinar, através desses protocolos a equipe de profissionais compreende todo o processo de comunicar auxiliando para que seja o menos traumático para paciente, equipe médica e rede de apoio. “Esses protocolos constituem guias metodológicos para os profissionais de saúde, favorecendo a relação médico-paciente” (PEREIRA; FORTES; MENDES, 2013 apud CALSAVARA et al., 2019, p. 93).

Robert Buckman criou o protocolo SPIKES em 1992, com o objetivo de melhorar a comunicação de más notícias. O SPIKES é constituído por seis passos que fazem referência ao nome do protocolo: Setting: cuidado com o local onde será feita a revelação da notícia; Perception: percepção do paciente em relação à própria condição e gravidade; Invitation: apresentação de possibilidades de tratamento; Knowledge: abordar e reconhecer as emoções e sentimentos, agindo de maneira empática; Empathy: abordar as emoções dos pacientes após a comunicação da má notícia; Strategy and summary: finalização, que consiste em realizar uma síntese de tudo o que foi dito (BUCKMAN, 2005, tradução dos autores).

Pereira (2010) adaptou o protocolo SPIKES para a realidade brasileira, passando a ser formado por 7 etapas, também referentes ao nome: PACIENTE. Dessa forma, a adaptação teve a seguinte formulação: P – Prepare-se, consiste em analisar o prontuário do paciente, além de propor um ambiente privativo e confortável; A – Avalie o quanto o paciente sabe e respeite, principalmente, o direito dele recusar receber a informação; C – Convite à verdade; I – Informar, ou seja, compartilhar com

o paciente as informações necessárias, em uma linguagem direta e acessível; E – Emoções, saber lidar com as reações do paciente; N – Não abandone o paciente, isto é, garantir a continuidade da assistência ao paciente compreendendo-o como um todo; T e E – Trace uma Estratégia, buscar o melhor plano de ação, envolvendo o paciente, destacando sua autonomia e individualidade nas decisões.

Nos protocolos citados nota-se uma das ideias centrais da teoria de Roger, a congruência/autenticidade, presente em algumas etapas, por exemplo, nas S e I de SPIKES e P e A do protocolo PACIENTE. Essas etapas realizam uma associação que inclui a autenticidade, onde indicam o cuidado que o profissional deve ter, desde preparar-se para o encontro, preocupar-se com o setting e consolidar um vínculo com o paciente (CRUZ; RIERA, 2016; BAILE et al., 2000; PEREIRA, 2010 apud CALSAVARA, 2019).

Comunicar ao paciente um diagnóstico pode sim ser considerado uma tarefa difícil, pois informar a uma outra pessoa que ela possui uma doença causa um efeito sobre o outro, e em sua maioria não temos como mensurar o modo que essa notícia pode afetá-lo e se irá aderir corretamente ao tratamento (CARNEIRO, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) “a adesão exige a concordância do paciente com as recomendações médicas.” (2003, p. 4, tradução dos autores). Para Gomes-Vilas Boas (2009 apud LIBERATO, 2014, p. 192):

O conceito remete a ideia de uma relação de colaboração entre paciente e médico na tomada de decisões sobre o tratamento. Dessa forma, o termo adesão tem sido o eleito por diversos autores como o ideal para definir o fenômeno, por expressar participação voluntária e ativa por parte do usuário no desenvolvimento e ajuste do plano de cuidados.

“Acreditamos que os pacientes devem ser parceiros ativos dos profissionais de saúde em seu próprio cuidado e que uma boa comunicação entre paciente e profissional de saúde é uma necessidade para uma prática clínica eficaz” (OMS, 2003, p. 4, tradução dos autores).

Como aponta a OMS (2003, tradução dos autores) a adesão ao tratamento reflete em uma mudança de comportamento de um tipo ou outro, seja procurar atendimento médico, tomar medicamentos ou comparecer às consultas de acompanhamento que abordam higiene pessoal, riscos, dietas pouco saudáveis, entre outros. Também notaram que a relação entre paciente e a equipe (enfermeiros, médicos ou outro profissional da saúde) deve ser uma parceria que desenha as habilidades de cada um.

A OMS (2003, tradução dos autores) acredita que é preciso um compromisso concreto com a abordagem multidisciplinar para assim progredir na área de adesão. Exigindo, assim, uma ação coordenada de profissionais da saúde, pesquisadores e formuladores de políticas.

A adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de 5 conjuntos de fatores, chamados de dimensões. Essas 5 dimensões afetam a adesão ao tratamento. São elas: 1) fatores sociais e econômicos, 2) fatores relacionados à equipe e ao sistema de saúde, 3) fatores relacionados à doença, 4) fatores relacionados ao tratamento e 5) fatores relacionados ao paciente (OMS, 2003, tradução dos autores).

Na primeira dimensão alguns fatores que podem interferir significativamente na adesão são pobreza, desemprego, baixo nível educacional, alto custo de transporte e de medicamentos, entre outros. Já na segunda dimensão fatores como serviços de saúde mal desenvolvidos, sistemas de distribuição de medicamentos ruins, falta de conhecimento ou de treinamento da equipe de saúde, fraca capacidade do sistema de educar e prover acompanhamento aos pacientes, podem diminuir a adesão ao tratamento.

Enquanto na terceira dimensão os fatores são gravidade dos sintomas, nível de incapacidade (física, psicológica, social ou profissional), entre outros. A quarta dimensão mostra que dentro do tratamento há diversos fatores que podem afetar a adesão, dentre eles a complexidade do regime medicamentoso, a duração, tratamento prévios falhos, frequentes mudanças no tratamento, entre outros.

Por fim, na quinta dimensão fatores relacionados ao paciente como esquecimentos, estresses psicossociais, ansiedade referente aos efeitos, baixa motivação, não aceitação da doença, desentendimento sobre as instruções do tratamento, desesperança e sentimentos negativos, frustração com a equipe médica, medo da dependência são alguns dos motivos que impactam a adesão (OMS, 2003, tradução dos autores).

Apesar de fortes fatores que levam o paciente a não adesão, existem estratégias que auxiliam a equipe de profissionais da saúde para incentivar a maior aderência ao tratamento, como conhecer de modo integral, que consiste na identificação de como o paciente percebe a doença, tendo em vista fatores econômicos, sociais e culturais. Estar sempre disponível para esclarecer dúvidas do paciente e familiares.

Fornecer/indicar materiais educativos, como cartilhas que orientem o tratamento. Oferecer suporte, indicando ao paciente e familiares locais de apoio, podendo ser social, emocional e psicológico. Ser atencioso com uma atitude acolhedora, a fim de atuar de forma motivacional propondo um engajamento no tratamento.

Respeitar a individualidade e subjetividade do sujeito, isto é, considerar questões pessoais. Transmitir informação de forma adequada, fornecendo orientações compreensíveis quanto ao tratamento, certificando-se do entendimento por parte do paciente e familiares. E por fim, atentar-se à rotina, ou seja, associar momentos rotineiros ao tratamento, por exemplo, tomar o remédio após o café da manhã (INCA, 2017).

A recepção do diagnóstico como já mencionado pode acarretar inúmeras incertezas ao paciente, “a transmissão do diagnóstico do câncer pode gerar no indivíduo ansiedade e nervosismo pelo fato de não saber lidar com essa situação; não somente sintomas, mas o paciente pode desenvolver transtornos psicológicos, como a depressão por exemplo” (SILVA et al., 2019, pg. 449).

Problemas de ordem emocional ocorrem com frequência tanto em pacientes com câncer como em seus familiares em função da dificuldade em lidar com o diagnóstico. Não raro, transtornos psicológicos como depressão e ansiedade são diagnosticados no paciente em seus familiares em todas as fases do tratamento (CEOLIN, 2008 apud FARINHAS et al., 2013, p. 113)

Analisando o processo do diagnóstico é possível identificar que o paciente e familiares, são acometidos por muitas dúvidas, “o que faremos agora?”, “quanto tempo de vida me resta?”, “qual o melhor tratamento?”, “será se há possibilidades de cura?” esses são questionamentos que se fazem ainda em consultório, o psicólogo por sua vez poderá auxiliar nesse processo de recebimento da notícia, assim como, na adesão ao tratamento (SILVA et al., 2019).

2.2 Contribuições do psicólogo e diferentes áreas da psicologia

Em uma época de diversas alterações políticas, econômicas, sociais e culturais, a Psicologia da Saúde (PS), emerge na década de 70, formalmente em 1973 nos Estados Unidos da América (RIBEIRO, 2011). A PS abre a Psicologia para dois campos: “a Saúde como dimensão diferente das doenças; as Doenças Físicas como campo diferente das Doenças Mentais [...]” (RIBEIRO, 2011, p.23).

Uma das características da Psicologia da Saúde, para além de focar o seu interesse nos aspectos de saúde e de doenças não mentais é, também, a deslocação da atenção do polo "doença" para o polo "saúde", passando a considerar este polo como objeto epistemológico diferente das doenças, com definição própria e métodos de intervenção e de avaliação específicos (RIBEIRO, 2011, p. 26).

Embora a oficialização do surgimento da Psicologia da Saúde como área de atuação tenha se dado no fim da década de 70, há indícios que antes disso, os psicólogos já atuavam em instituições de saúde, no entanto, o que ocorria era uma adaptação do modelo psicoterápico, onde considerava-se algumas particularidades como atendimento em ambulatórios ou junto ao leito do paciente (SOBROSA et al., 2014).

A partir da década de 90, a PS, no Brasil, se desenvolveu especificamente no âmbito hospitalar. Buscando ampliar seu campo de atuação, passou a realizar estudos e intervenções em diferentes contextos, trabalhando a saúde dos indivíduos e da comunidade (SOBROSA et al., 2014).

A compreensão da psicologia da saúde como ampla e autônoma permite sedimentar a natureza biopsicossocial do processo de saúde-enfermidade, ademais de mostrar as novas intervenções do psicólogo na promoção de saúde e na prevenção de enfermidades. Com este olhar é possível intervir tanto no sistema público de saúde como em outros sistemas sociais onde caibam as assistências de um psicólogo da saúde (Sistema Único de Saúde [SUS] e Sistema Único de Assistência Social [SUAS]) (ALVES et al., 2017, p. 552)

Existem várias áreas de atuação da psicologia da saúde sendo elas psicologia hospitalar, psiconeuroimunologia, psicossomática, atendimento de drogadição, psicologia ambiental e a que aprofundaremos neste projeto a psico-oncologia (SOUZA; DELEVATI, 2013 apud MARTINELLI; SOUZA, 2020).

Levando isso em consideração, o Ministério da Saúde criou a Portaria 3.535/98 que determina como obrigatória a presença de um psicólogo em clínicas ou instituições que atendam pacientes com câncer (BRASIL, 1998).

Segundo Laudislau (2014, p. 36):

O suporte psicológico e do tratamento em geral oferecido ao paciente deve pautar-se no esclarecimento e na afirmação de que a doença é um marco em sua trajetória e não um fim sentenciado pelo diagnóstico. E aqui entra a importância da interação completa da medicina com a psicologia. O objetivo maior das equipes multidisciplinares é contemplar os pacientes em sua totalidade psíquica, visando a resgatar, continuamente, a perspectiva humana, mesmo diante dos inúmeros procedimentos técnicos.

É importante destacar que a psico-oncologia se originou da interação entre psicologia da saúde e oncologia, passando assim, a abranger o conhecimento das duas áreas, com intuito de proporcionar uma assistência que compreende os aspectos biopsicossociais dos pacientes diagnosticados com câncer e seus familiares (AGUIAR, 2019).

Outra importante consideração a ser feita é que o adoecimento do corpo produz também uma instabilidade na subjetividade do sujeito. Sendo assim, o psicólogo, diferentemente de outros profissionais, estará interessado no significado subjetivo que a doença tem para o paciente ajudando o através de uma escuta qualificada, que possibilite um espaço para a execução da palavra, e o auxiliará na elaboração simbólica (CANTARELLI, 2009 apud DANZMANN et al., 2020 p. 246)

A psico-oncologia atua com princípios básicos e tem por premissa o cuidado integral. Assim, mostra que a área em questão não é exclusiva do psicólogo, mas de todos os que estão inseridos na equipe de tratamento oncológico (AGUIAR, 2019). “O psico-oncologista priorizará o atendimento ao paciente, mas leva-se em consideração a família que também está fragilizada e necessita de atenção, e a equipe que é fundamental nesse processo, que muitas vezes é pesado, e gera sofrimento aqueles “formados para curar” (ALVES et al., 2018).

Nas palavras de Aguiar (2019, p. 9) “a atuação do psico-oncologista nas equipes viabiliza o funcionamento interprofissional e transdisciplinar, uma vez que cuidado e atenção em situações de adversidade não se limitam a um único campo de conhecimento”.

Essa atuação do profissional com pacientes oncológicos se dá antes do início do tratamento, sendo de suma importância sua presença no momento do diagnóstico junto a equipe (BECK, 2017).

Pensando em diagnóstico é válido conceituar esse momento essencial no percurso de uma doença. Segundo Araújo (2007 apud BECK, 2017) a palavra diagnóstico tem origem grega *diagnōstikós*, que significa discernimento, faculdade de conhecer ou ver através de. Nesse sentido significa um estudo aprofundado, baseado em procedimentos teóricos, técnicos e metodológicos com o objetivo de conhecer determinado fenômeno.

Dessa forma, o psicólogo atuará como fonte auxiliadora do indivíduo nesse processo “para o indivíduo lidar melhor com esta situação, poderá recorrer ao

profissional da psicologia”. (SCORSOLINI-COMIN et al., 2008 apud SILVA et al., 2019, p. 449).

Cabe ao psicólogo com formação em psico-oncologia identificar as questões psicossociais e os contextos ambientais que possam facilitar o processo de enfrentamento da doença, tendo em vista que os envolvidos estão sempre expostos a situações potencialmente estressantes (AGUIAR, 2019, p. 9)

O profissional que atua na oncologia com visão da psico-oncologia tem o objetivo de trazer humanização em momentos de fragilidade das pessoas, que estão tomadas por medos e angústias, tendo em vista sua vida e a continuidade dela (AGUIAR, 2019).

O profissional que atua diretamente com paciente diagnosticado com câncer nunca deve trabalhar sozinho, esse profissional deve atentar-se a questões pertinentes à subjetividade ou a perda dela dentro do âmbito hospitalar, pois nele o paciente e sua família passam por um momento de adaptação (DANZMANN et al., 2020). Segundo Danzmann et al., (2020, p. 253) “estão sujeitos a normas, regras e um cotidiano totalmente diferente daquele de costume”.

Logo o profissional que atua nesse campo acaba se tornando responsável por proporcionar qualidade de vida para os pacientes e todos os sujeitos envolvidos diretamente ou indiretamente no convívio do paciente diagnosticado com câncer. “A Psico-oncologia é um uma vertente da Psicologia da Saúde e a inserção desse profissional muitas vezes se dá de forma interdisciplinar, onde buscam por novas maneiras das pessoas lidarem com o sofrimento advindo da patologia (FONSECA; CASTRO, 2016 apud DANZMANN et al., 2020, p.247)

O paciente precisa retomar o sentido da existência. É preciso fazê-lo resgatar suas forças e concentrar-se em seus projetos de vida, dando a ele a oportunidade de falar de suas dores, elaborar suas perdas e refletir sobre suas escolhas, entendendo melhor o significado pessoal do câncer para sua vida. E é com a escuta clínica, o apoio psicológico oferecido a ele e a seus familiares e cuidadores, além do tratamento humanizado e individualizado prestado por toda a equipe multidisciplinar, que podemos chegar à efetiva diminuição do sofrimento psíquico do paciente oncológico (LAUDISLAU, 2014, p. 136).

Considerando a prática psicológica no âmbito hospitalar como já mencionado o profissional deve compreender o sujeito em sua totalidade, para isso é preciso novos modelos teóricos e modalidades práticas que não foquem apenas na patologia e sim nos processos de saúde (CALVETTI et al., 2012 apud SOBROSA et al., 2014).

Assim, considera-se necessário desenvolver a responsabilização do sujeito com sua saúde, podendo esse reivindicar melhorias ao Estado. Reconhecesse que a prática clínica também pode ser utilizada, mas essa não deve ser a única forma de trabalho uma vez que a Psicologia dispõe de outros referenciais, como os presentes na Psicologia do Desenvolvimento Humano, na Psicologia Social, na Psicologia Comunitária, entre outros, que se mostram mais compatíveis com as demandas presentes na área da saúde (TEIXEIRA, 2004 apud SOBROSA et al., 2014 p. 07).

Alguns aspectos precisam ser considerados em pacientes oncológicos, um deles é a depressão, muito comum nesses casos. Esse aspecto pode afetar o sistema imunológico do paciente, por isso é importante que o estado depressivo seja constatado o mais rápido possível para que assim, o paciente possa ser medicado e o problema sanado. (VENÂNCIO, 2004 apud FONSECA; CASTRO, 2016).

A carga de depressão pode influenciar a gravidade e o número de eventos adversos do tratamento realizado, aumentando outros sintomas decorrentes da terapia quimioterápica, como náusea e fadiga, comprometendo o desempenho de atividades cotidianas, do papel social, da adesão e continuidade ao tratamento, ocasionando diminuição da qualidade de vida de pacientes (SEPAROVIC et al., 2019; BOING et al., 2019; HAMISH, 2015 apud ARANTES et al., 2019 p. 2).

Sob a visão psicológica, após o recebimento da notícia o paciente pode passar por alguns estágios do processo de morrer, formulados por Kübler-Ross (2017). São eles: 1) Negação e Isolamento, 2) A Raiva, 3) Barganha, 4) Depressão e 5) Aceitação.

No primeiro estágio, percebe-se no paciente um mecanismo de defesa, nas palavras de Kübler-Ross (2017) um “para-choque” após receber notícias desesperadoras, com isso o paciente é tomado por um sentimento de não aceitação. Não sendo possível manter o primeiro estágio, o paciente passa por sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento, onde se questiona “Por que comigo?”.

O terceiro estágio é o menos conhecido, porém mesmo que por um curto período o paciente pode o experimentar, tendo experiências anteriores pensa que existe uma baixa possibilidade de ser recompensado caso faça algo, por exemplo utilizar a barganha no meio espiritual, “Se Deus me curar eu volto para a igreja!”. Quando o paciente não pode mais negar sua doença e passa por mais procedimentos hospitalares a raiva e a revolta darão lugar a um sentimento de perda, a depressão pode ser dividida em reativa e preparatória, a primeira é derivada das perdas ao longo do processo, como a perda do emprego, e assim, um prejuízo financeiro, já a depressão preparatória é o momento que a aceitação está mais próxima.

A aceitação, por fim, é onde conseguem se expressar de forma mais clara seus sentimentos, emoções, frustrações e dificuldades. Vale ressaltar que esses estágios não são fixos e podem sofrer variações conforme a perspectiva do paciente (KÜBLER-ROSS, 2017).

Levando esses estágios em consideração, Kübler-Ross (2017) diz que o mais impressionante ao acompanhar pacientes terminais é que sempre deixavam em aberto a possibilidade de uma cura, mesmo os mais conformados e realistas. A autora percebe que esse sentimento de esperança é o que os sustenta através dos dias, semanas, meses e anos de sofrimento.

Para Silva Ferreira e Cavalcante (2017 apud DANZMANN et al., 2020, p. 248):

Ao adentrarmos no campo das pessoas que estão envolvidas com o câncer, entre elas paciente, sua família e a equipe médica, inúmeras considerações devem ser feitas. Entre elas, a fase terminal do indivíduo que está acometido com a doença, [...] é considerado o pior momento para o cuidador dessa pessoa. Pois, é nesse instante que o desgaste físico, emocional e financeiro chega ao seu ápice. O cuidador, segundo definição das mesmas autoras, será aquela pessoa que está diretamente comprometida a todo tipo de cuidado para com o paciente. O mesmo pode ser remunerado ou não. Além disso, suas atividades estão relacionadas aos cuidados relativos à higiene e saúde.

Com base no atendimento psicológico, podemos apontar a ACP como uma das abordagens mais completas para trabalhar dentro dos hospitais, pois tende a promover relações empáticas e humanizadas para com o paciente (BACELLAR et al., 2012). Apesar de uma situação difícil e que nem todos estamos preparados, é preciso que o profissional mostre empatia, respeito, atenção e carinho com seu comportamento e sinais não verbais no momento de dar a notícia (GOBBI, 2020).

2.3 Contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa

Para adentrar na ACP, é válido fazer um apanhado histórico da Psicologia. Ferreira (2019) relata que 1879 é considerado o ano de nascimento da Psicologia, mesmo já se falando sobre tal em diferentes temas. Em 1879, Wundt funda o 1º Laboratório de Psicologia Experimental, sendo a partir desse ano que a psicologia começa a ter um campo de conhecimento e metodologia próprios, separados do saber filosófico (FERREIRA, 2019).

Os primeiros psicólogos dessa área dedicam-se a investigações sobre temas como consciência, sensação e percepção, atenção e emoções, entre outros,

utilizando técnicas como a psicométrie e a psicofísica. Tendo em vista essas pesquisas, surgiram as ramificações da psicologia, que podem ser denominadas como as 3 grandes forças da Psicologia (FERREIRA, 2019).

A primeira é conhecida como Behaviorismo, que nasce como crítica ao introspeccionismo e às teorias mentalistas (como a psicanálise). Assim, essa corrente psicológica se ateve ao que pode ser observado e mensurado, ou seja, o ambiente e o comportamento da pessoa (FERREIRA, 2019).

Nessa abordagem entende-se como estímulo uma alteração no meio que o sujeito está inserido, como exemplo, alterações na luz, temperatura, som, cheiros e outros que podem ser assimiladas pelos 5 sentidos. O comportamento na maioria das vezes é uma ação observável e mensurável e pode ser analisada por sua intensidade e frequência (FERREIRA, 2019).

Existem comportamentos involuntários, aqueles que não podem ser controlados como alteração de pupila, sudorese etc. e voluntários ou operantes que são emitidos e reforçados como acender a luz, ir à padaria, entre outros. Com o avanço da abordagem também passou a se conhecer os comportamentos encobertos, ou seja, não observáveis, como pensar sonhar ou imaginar. Vale ressaltar que o desenrolar do Behaviorismo fez nascer a TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental. Alguns autores importantes do behaviorismo são Ivan Pavlov, John B. Watson e B. Frederic Skinner (FERREIRA, 2019).

A segunda grande força da psicologia é a Psicanálise, criada e fundamentada por Sigmund Freud, essa corrente foca na vida psíquica do inconsciente, com temas sobre o desenvolvimento psicosexual, neurose, histeria, sonhos etc. Freud foi influenciado por Charcot com quem aprendeu sobre histeria e hipnose e Breuer onde aprendeu o método catártico, sua obra se desenvolve pelo contato com outros saberes como biologia, física e literatura e processos de análise e autoanálise (FERREIRA, 2019).

A Psicanálise deriva da psicologia e conversa com a Psicologia Clínica, porém atualmente ela busca estar inserida, não somente na clínica, mas em estudar aspectos da sociedade como economia e política. Assim, existem psicanalistas que não são psicólogos e possuem como formação primária a filosofia, sociologia, medicina e outras (FERREIRA, 2019).

Jacques Lacan, é também um dos grandes nomes dessa abordagem, bem como Melanie Klein uma das primeiras psicanalistas a atender crianças e D. Winnicott

que “abordou o papel do ambiente-cuidador para com o desenvolvimento emocional do sujeito” (FERREIRA, 2019).

Por fim a Psicologia Humanista-Existencial, como terceira grande força da Psicologia. Ela é contrária à visão determinista do homem e aprecia a experiência consciente, trabalhando tópicos como: livre arbítrio, autorrealização, potencial, congruência, responsabilidade e outros. Maslow é considerado o fundador da abordagem por ter desenvolvido a pirâmide hierárquica das necessidades básicas (FERREIRA, 2019).

“Dessa forma, a Psicologia Humanista incorporou a visão de homem e mundo referente aos movimentos intelectuais do humanismo, do existencialismo e da fenomenologia.” (FERREIRA, 2019).

O movimento chamado “terceira força da psicologia” emergiu na década de 60, na psicologia americana, devido a insatisfação contra os aspectos mecanicistas e materialistas da cultura ocidental. O movimento tinha por objetivo humanizar a atividade psicológica, não sendo apenas uma revisão das outras abordagens, mas de questionamento a psicanálise e behaviorismo predominantes na época (MENDONÇA, 2013).

Os psicólogos humanistas eram contrários a essas duas correntes por considerar que ambas concentravam-se apenas em partes do ser humano, desatentos à complexidade da pessoa pela ênfase nas partes (um, no comportamento observável; a outra, na dimensão inconsciente) (MENDONÇA, 2013, p.77).

Dentro da terceira força encontramos abordagens variadas como Gestalt-Terapia criado por Fritz Perls, Logoterapia fundada por Viktor Frankl e a Abordagem Centrada na Pessoa, instituída por Carl R. Rogers que se aprofundou nos estudos sobre relações interpessoais e os processos existenciais (FERREIRA, 2019).

Integrante do movimento humanista Carl Rogers, psicólogo norte americano do século XX, contribui para a consolidação dos princípios da Psicologia Humanista. Tendo elaborado a Abordagem Centrada na Pessoa, Rogers foi o primeiro a exercer a função de psicoterapeuta e pioneiro na pesquisa científica nesse contexto (BACELLAR et al., 2012).

Através dessa abordagem psicológica, Rogers construiu seu diferencial de psicoterapia sustentado na existência de uma tendência individual para o crescimento e saúde, na ênfase dos elementos emocionais em detrimento dos intelectuais, na priorização do presente em detrimento do passado e no

reconhecimento do papel da relação terapêutica na experiência de crescimento (BACELLAR et al., 2012, p. 133).

“A Abordagem Centrada na Pessoa é uma abordagem das relações interpessoais [...]” que tem por pressuposto “que em todo indivíduo existe uma tendência atualizadora, uma tendência inerente ao organismo para crescer, desenvolver e atualizar suas potencialidades numa direção positiva e construtiva” (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DA ACP, 2005).

Rogers (1977, p. 69) defende “a tese de que deveríamos reexaminar e reavaliar uma maneira muito especial de ser em relação a outra pessoa, e que tem sido chamada de empática.”

Como aponta Rogers (2016) a aceitação, a empatia e a consideração positiva constituem as condições necessárias para o crescimento humano, assim, devem também estar presentes nas relações de ensino, amizade e da vida familiar.

A consideração positiva incondicional pode ser entendida como o respeito incondicional do terapeuta à individualidade do cliente (MOREIRA, 2010 apud CALSAVARA et al., 2019). Isto é, entender que ele tem seu jeito de ser e agir com suas escolhas e caminhos próprios (BACELLAR et al., 2012). “Significa que o terapeuta se preocupa com seu cliente de uma forma não-possessiva, que o aprecia mais na sua totalidade do que de uma forma condicional [...]” (ROGERS, 2016, p. 74).

Quando o terapeuta está vivenciando uma atitude calorosa, positiva e de aceitação para com aquilo que está no seu cliente, isso facilita a mudança. Isto implica que o terapeuta esteja realmente pronto a aceitar o cliente, seja o que for que este esteja sentindo no momento – medo, confusão, desgosto, orgulho, cólera, ódio, amor, coragem, admiração (ROGERS, 2016, p. 74).

Uma consideração positiva incondicional aliada a uma atitude empática pode proporcionar nas pessoas uma sensação de serem compreendidas. “Por empatia entende-se a capacidade de compreender o outro na sua perspectiva.” (BACELLAR et al., p. 134). De acordo com Bacellar et al., (2012) agir de forma empática é perceber que o conhecimento serve como forma de compreender a realidade do outro a partir de suas próprias referências. Dessa forma, vai além de apenas ouvir o que está sendo dito, mas entender as razões e emoções existentes quando a relação acontece.

Significa penetrar no mundo perceptual do outro e sentir-se totalmente à vontade dentro dele. Requer sensibilidade constante para com as mudanças que se verificam nesta pessoa em relação aos significados que ela percebe, ao medo, à raiva, à ternura, à confusão ou ao que quer que ele/ela esteja vivenciando. [...] Estar com o outro desta maneira significa deixar de lado, neste momento, nossos próprios pontos de vista e valores, para entrar no mundo do

outro sem preconceitos. [...] Talvez esta caracterização tenha deixado claro que a empatia é uma maneira de ser complexa, exigente e intensa, ainda que sutil e suave (ROGERS; ROSENBERG, 1977, p. 73).

Por fim a autenticidade, também conhecida como congruência, essa atitude envolve estar congruente, integrado e harmônico consigo, de modo a expressar, elaborar e escutar seus próprios sentimentos (MOREIRA, 2010 apud CALSAVARA et al., 2019). Rogers (2016) afirma que a transformação pessoal acontece de forma mais fácil quando o psicoterapeuta age como de fato é, sem máscaras e fachadas, promovendo relações com o cliente de forma autêntica.

Utilizamos o termo “congruência” para tentar descrever essa condição. Com este termo, procura-se significar que os sentimentos que o terapeuta estiver vivenciando estão disponíveis para ele, disponíveis para sua consciência e ele pode viver esses sentimentos, assumi-los e pode comunicá-los, se for o caso (ROGERS, 2016, p.73).

Rogers (2016, p. 48) acredita "que o indivíduo traz dentro de si a capacidade e a tendência, latente se não evidente, para caminhar rumo à maturidade." Dessa forma, expõe que as pessoas têm uma natureza motivacional para realizar suas potencialidades de forma dinâmica, interativa e relacional (BACELLAR et al., 2012). “Nesse sentido, sua proposta prioriza a capacidade do cliente para a auto-atualização das suas potencialidades, valoriza a potencialidade terapêutica da relação e transfere a importância da técnica para as atitudes do terapeuta.” (BACELLAR et al., 2012, p. 134).

Para Bacellar et al., (2012) a forma de atendimento clássica da psicologia, o modelo clínico, dificulta a inserção de um modelo interdisciplinar, pois trata-se de atuações individualizadas. A integração dos profissionais de saúde pode garantir um olhar integral, universal e equânime à saúde das pessoas, porém há diversas falhas nesse processo. A psicologia tem trabalhado constantemente na tentativa de abandonar a clínica tradicional e desenvolver formas de trabalho que atendam a todas as pessoas (BACELLAR et al., 2012).

Para considerar um ser integral e ter um conceito de saúde único é preciso que haja o trabalho multiprofissional, pois requer a interação de vários profissionais da saúde. A interdisciplinaridade vai além da troca de informações, envolve uma postura de tolerância, abertura e interesse genuíno, assim, a humanização, tão esperada, nos hospitais, poderia ser utilizada, porém é necessária uma quebra de paradigmas, adicionando essa postura nos profissionais (BACELLAR et al., 2012).

Propor práticas humanizadas corrobora um novo conceito de saúde, resgatando aspectos antes desconsiderados, pois abrange aspectos emocionais, sociais, promove a autonomia no cuidado e resgata relações interpessoais autênticas como forma de promoção à saúde (BACELLAR et al., 2012).

É neste ponto que a ACP se insere como uma proposta de viabilização da ampliação da interdisciplinaridade e concretização do SUS como uma política pública mais eficaz. Enquanto uma forma de abordagem das relações humanas, a ACP não se restringe à Psicologia. Ela pode ser considerada um jeito de ser e de abordar o outro a ser adotado por todos os profissionais, cujo trabalho envolve relações humanas, inclusive os profissionais da saúde (BACELLAR et al., 2012, p. 137).

Tendo por princípio essas informações a relação entre a ACP e os níveis de atenção em saúde está pautado na responsabilização de cada pessoa pelo seu próprio desenvolvimento pessoal e pelo cuidado de sua saúde, promovendo e prevenindo seus prejuízos, bem como nos profissionais buscarem considerar as potencialidades das pessoas que atendem (BACELLAR et al., 2012).

Utilizou-se para a fundamentação do projeto, Rogers em 1977, através de sua obra “A pessoa como centro”, uma vez que ele contribuiu ao dar fundamentação a ACP e caracterizar sua forma de atuação dentro da Psicologia. Bem como o livro Tornar-se Pessoa, também de Rogers, traduzido no ano de 2016.

No ano de 2012, Bacellar et al., (2012) em sua obra “Abordagem Centrada na Pessoa e Políticas Públicas de Saúde Brasileiras do Século XXI: Uma Aproximação Possível” trouxe contribuições teóricas da Abordagem Centrada na Pessoa.

Na obra “O desafio de comunicar más notícias nos cuidados paliativos oncológicos: perspectivas dos trabalhadores”, Ferraz et al., (2020) traz reflexões sobre a visão dos profissionais no momento de dar um diagnóstico.

Com a obra “O Câncer no Brasil: passado e presente” o autor Teixeira et al., (2012) nos apresenta um histórico acerca da doença do Câncer, com o passado, criação de políticas públicas e meios de prevenção. Como o diagnóstico de câncer está associado a más notícias utilizou-se também a obra “Percepção dos pacientes oncológicos sobre a comunicação verbal e não verbal no recebimento de más notícias” da autora Cruvinel et al., (2021) que nos trouxe uma perspectiva de como a má notícia pode afetar e interferir no tratamento do paciente com câncer.

Para trazer um olhar voltado para a psicologia utilizou-se a obra “Transmissão do diagnóstico de câncer sob a perspectiva da observação psicológica” da autora Silva

et al., (2019), que nos apresenta a perspectiva psicológica no atendimento hospitalar com pacientes que receberam diagnósticos e principalmente como deverá atuar nesse ambiente.

3 METODOLOGIA

Foi realizado uma pesquisa de revisão bibliográfica com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta, de caráter descritiva a qual exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, com abordagem qualitativa que trabalha com o universo de significados e valores, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações.

Nas seguintes bases de dados *Capes*, *Scielo*, *Pepsic* e *Google Acadêmico*, das quais foram selecionados artigos, revistas científicas, livros, monografias e dissertações, sendo estes lidos na íntegra ou parcialmente que contemplassem o tema proposto, dos anos de 2012 a 2023, salvo obras de autores clássicos como Rogers (1977) e algumas obras anteriores aos últimos onze anos que foram necessárias para a construção e fundamentação do estudo dos descritores de saúde DECS “Câncer”, “oncológico”, “diagnóstico”, “tratamento”, “psicologia” e “adesão ao tratamento”.

Foram excluídos desta pesquisa artigos, revistas científicas, livros, monografias e dissertações anteriores aos anos de 2012 a 2023, que não estejam relacionados ao tema proposto, salvo clássicos e algumas obras anteriores aos onze anos, pertinentes para a fundamentação do trabalho.

Esse estudo não necessitou da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa por não envolver diretamente pessoas e/ou animais, de acordo com a lei do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP e se comprometeu de forma contínua a citar todos os autores utilizados nas pesquisas, respeitando as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, nº NBR6023, que trata da organização e estruturação de referências.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos observados nesse trabalho, estão dispostos na tabela abaixo para uma melhor visualização acerca da bibliografia, de acordo com os temas utilizados para a fundamentação deste trabalho.

Tabela 1 - Levantamento Bibliográfico

ANO	AUTORES	TÍTULO
2011	LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. C.	Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral.
2012	BACELLAR, A; ROCHA, J. S. X.; FLOR, M. S.	Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível
2014	LIBERATO, S. M. D.; et al.	Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura.
2017	BECK, A. H. U.	Psico-Oncologia: a atuação do psicólogo no tratamento de pacientes com câncer.
2019	CALSAVARA, V. J.; COMIN, F. S.; CORSI, C. A. C.	A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa.
2020	GOBBI, M. B.	Comunicação de más notícias: um olhar da psicologia.

Fonte: Bases de dados

Câncer é o nome genérico para diferentes tipos de doenças malignas, que tem em comum o crescimento descontrolado e anormal das células. O que diferencia os tipos de câncer é como as células se multiplicam e como possuem a capacidade invasão à órgãos e tecidos, tal acontecimento recebe a nomenclatura definida pela medicina como metástase (INCA, 2022).

Em 2022, houve cerca de 700 mil novos casos de câncer no Brasil, sendo um total de quase 342 mil casos em homens e cerca de 363 mil em mulheres. O INCA trouxe que a localização primária de mais incidência em homens foi o de Próstata com 71.730 casos, uma média de 30% e Cólon e Reto com 21.970 casos, com uma porcentagem de 9,2% (INCA, 2022).

Já em mulheres a localização primária de mais incidência é Mama Feminina com 73.610 novos casos em 2022, cerca de 30,1%, seguida de Cólon e Reto com 23.660 casos, com uma porcentagem de 9,7% do total. Vale ressaltar que o câncer

de Colo do Útero está em terceiro lugar com 17.010 novos casos, cerca de 7% do total (INCA, 2022).

Receber a notícia de um câncer afeta significativamente a percepção do indivíduo sobre o mundo, fazendo o questionar suas crenças e valores. Por isso a importância de os profissionais de saúde seguirem protocolos que contribuam para dar essa notícia de forma clara e objetiva, sempre tirando as dúvidas que o paciente possa ter, bem como seus familiares.

Por anos o diagnóstico de câncer esteve atrelado a morte eminente e carregava esse estigma pelo longo e doloroso tratamento que “roubava” a qualidade de vida e suas perspectivas de futuro, porém com os avanços tecnológicos é possível devolver a esses indivíduos certa esperança de ter mais tempo de vida com seus familiares e amigos.

O estudo realizado pela autora Malena Batecine Gobbi no ano de 2020, traz como resultado a eficácia dos protocolos utilizados na comunicação de más notícias. A autora apresenta alguns protocolos e a forma que devem ser aplicados no ato da comunicação de más notícias e principalmente no cuidado com o paciente.

Segundo Gobbi (2020, p. 67).

Partindo deste entendimento, ao se comunicar uma má notícia é preciso que o profissional de saúde esteja atento não somente às informações que são fornecidas (dimensão verbal), mas como essas informações são fornecidas para o paciente (dimensão não verbal e para verbal).

Além de apresentar o protocolo SPIKES que auxilia no processo de entrega da má notícia, o estudo apresenta o “Protocolo Paciente” que está adaptado para a atuação de profissionais no Brasil, que acrescenta um passo que é considerado de fundamental importância. “Neste passo adicional é proposto que o profissional de saúde se responsabilize com o cuidado do paciente, seja qual for o desfecho final de saúde” (PEREIRA et al., 2017 apud GOBBI, 2020, p. 67).

No processo de comunicar um diagnóstico (má notícia) é preciso valer-se de um cuidado diferenciado para com o paciente, pois o mesmo já se encontra angustiado pela espera do diagnóstico, em sua maioria com saúde física e psicológico fragilizados, sendo assim a utilização dos protocolos além de buscar um cuidado empático busca resgatar a singularidade de cada paciente e torná-lo parte participativa de seu tratamento.

Calsavara, et al., (2019), aponta que através desses protocolos é possível buscar a diminuição dos impactos negativos gerados no paciente após a entrega de uma má notícia, “As evidências mostram que a atitude do profissional e a capacidade de comunicação desempenham um papel fundamental e decisivo no modo que o paciente enfrentará seu problema” (VICTORINO et al., 2007 apud CALSAVARA et al., 2019, p. 99).

Segundo Azeredo et al., (2011 apud CALSAVARA et al., 2019, p. 99):

O que está ao alcance do profissional, diante disso, é dar subsídios humanos por meio do acolhimento, para que a família se sinta principalmente acolhida diante a má notícia. Sendo assim, é necessário exercer uma postura pautada nos princípios éticos como o do sigilo e do respeito para com a pessoa em sofrimento. Embora o indivíduo possa se lembrar com pesar do quão difícil foi passar por este momento de luto, pode também rememorar a confiança e o acolhimento recebidos na ocasião.

O estudo traz que os protocolos criam condições que possibilitam aos profissionais uma reflexão de como estão se conectando aos pacientes e assim facilitará o processo de comunicação e principalmente nas orientações ao tratamento. “No entanto, é importante ressaltar que cada paciente e família fazem parte de um mundo diferente (o mundo de seus sentimentos) e sua história tem que ser considerada” (CALSAVARA et al., 2019, p. 99).

A forma da entrega de uma má notícia afeta significativamente a vida do paciente e sua família, como já discutido os protocolos buscam auxiliar no processo de comunicação entre a equipe multidisciplinar, pacientes e familiares. O importante é fazer com que o paciente possa se sentir peça fundamental no processo de adesão e tratamento.

A adesão ao tratamento é fundamental para o processo de cura ou controle da doença, é inegável que o diagnóstico irá interferir significativamente na qualidade de vida do paciente. Em um estudo realizado por Liberato e outros aponta que boa parte do seu levantamento bibliográfico, exatamente 64,3% dos estudos revelam a relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida (LIBERATO et al., 2014).

Segundo os autores, “Com base nesses resultados evidencia-se a importância de estimular o conhecimento do paciente sobre seu tratamento, incentivar o mesmo a expressar suas percepções e explorar fatores psicológicos envolvidos” (LIBERATO et al., 2014 p. 195).

A adesão ao tratamento deve ser mais valorizada pelos profissionais de saúde que almejam prestar aos usuários uma assistência pautada na visão holística do ser humano visando atingir o conceito ampliado de saúde [...] O presente estudo permitiu destacar a importância do acompanhamento constante da adesão no tratamento. Analisar o fenômeno da adesão demonstra ser fundamental, tanto para a melhoria das políticas e práticas de saúde voltadas ao aprimoramento da efetividade da assistência prestada, quanto para a qualidade de vida do usuário (LIBERATO et al., 2014 p. 197).

O processo de adesão ao tratamento vai muito além de comunicar o diagnóstico ao paciente e a sua forma de tratamento, nele consiste um cuidado, uma forma ética de enxergar o ser humano ali fragilizado e principalmente fazer com que o paciente possa compreender que para seu tratamento terá benefícios, mas também encontrará efeitos colaterais que em muitos casos acabam interferindo no processo de adesão e na qualidade de vida, mas que é possível aderir e buscar uma qualidade de vida com base no novo processo, além de tudo e propor a autonomia do próprio paciente decidir/escolher sobre o seu tratamento.

Uma pesquisa realizada em 2011 por Lustosa et al., faz um levantamento dos aspectos que podem interferir na adesão ao tratamento proposto pelo médico. Com uma amostra de 281 pacientes atendidos em 3 ambulatórios do Hospital Geral, observou-se que cerca de 93% dos pacientes no Ambulatório de Reumatologia, 95% no de Angiologia e 53% no de Ginecologia foram submetidos a um tratamento medicamentoso, mesmo com alta predominância no tratamento medicamentoso, existem outros tratamentos possíveis e recomendáveis (LUSTOSA et al., 2011).

Os pesquisadores puderam notar que a maioria dos pacientes utilizavam o medicamento indicado pelo médico, apresentando diversos níveis de adesão ao tratamento medicamentoso. Entretanto, entre os que responderam não usar o medicamento, apenas no ambulatório de Angiologia houve resultados significativos, cerca de 62% dos pacientes não utilizavam os remédios, uma vez que consideravam caros, sendo assim inviável a compra devido à baixa renda desses pacientes (LUSTOSA et al., 2011).

Através desse estudo notou-se que os médicos davam algumas recomendações, como exercícios físicos, alimentação, repouso, fisioterapia e outros. Dessa forma observou-se que há uma preocupação dos médicos quanto ao estado geral do paciente, os orientando a uma melhor qualidade de vida (LUSTOSA et al., 2011).

Os pesquisadores entendem que o diagnóstico é acompanhado de muita angústia e sofrimento, e nesse momento a ansiedade está com mais intensidade, pois o paciente entende que sua vida depende desse diagnóstico. “O não esclarecimento da doença, seu tratamento e prognóstico, pode gerar mais apreensão e ansiedade, aumentando o sofrimento psíquico desses pacientes.” (LUSTOSA et al., p.42, 2011).

Partindo dos dados expostos acima, é possível identificar alguns fatores que influenciam a adesão ao tratamento dos pacientes, entre eles fatores econômicos, o esclarecimento da doença, a forma que recebem a notícia, bem como a forma que os pacientes são tratados no processo de saber da doença até o tratamento. Considerando essencial o cuidado e empatia dos médicos para com esses pacientes.

Um outro estudo realizado em 2012, por Bacellar et al., demonstra a possibilidade de relacionar a Abordagem Centrada na Pessoa a Políticas Públicas de Saúde, tornando esse diálogo possível.

A ACP é baseada na premissa que todos têm uma tendência natural ao crescimento, desenvolvendo-se a partir de uma experiência. Assim, essa tendência mostra que as pessoas possuem uma natureza motivacional para atingir suas potencialidades de modo dinâmico, interativo e relacional, que contribui para um novo conceito de saúde (BACELLAR et al., 2012).

Os autores acreditam que a relação de palavras como integração, prevenção, interdisciplinaridade, relação de vínculo e responsabilização, implica que as pessoas sejam responsáveis pelo seu desenvolvimento e cuidado com a saúde, bem como que os profissionais considerem as potencialidades dos indivíduos que tratam. Dessa percepção é notada a postura da Abordagem Centrada na Pessoa e permite a interlocução com os fundamentos dos níveis de atenção (BACELLAR et al., 2012).

A partir desse pressuposto, é possível perceber a importância da ACP dentro dos espaços de saúde, além das clínicas terapêuticas, de forma que ela traz um olhar humanizado, sendo uma abordagem das relações humanas.

Os profissionais que atuam com essa abordagem dentro dos hospitais têm a possibilidade de fazer a diferença dentro desses espaços, possibilitando um trabalho interdisciplinar mais eficiente, permitindo também um crescimento coletivo, que não seria possível apenas individualmente.

Um levantamento bibliográfico feito pela autora Annelise Beck de 2017, mostra a importância da psico-oncologia, ou seja, a atuação do psicólogo no tratamento de pacientes oncológicos. Para a autora o trabalho do psicólogo se inicia antes mesmo

do início do tratamento da doença, sendo de suma importância sua presença no diagnóstico junto a equipe (BECK, 2017).

Beck, entende que o paciente em sua maioria não vai sozinho ao hospital e que é preciso ter o cuidado com os familiares e entender as implicações que ocorrerão após o diagnóstico. Por isso, mostra que é necessário olhar para a pessoa e não para a doença, colocando em destaque a subjetividade do sujeito (BECK, 2017).

O psicólogo dentro do ambiente hospitalar tem a oportunidade de escutar as demandas emocionais dos pacientes, sua importância no espaço também é destacada pelo fato das diversas visitas que os pacientes fazem aos hospitais, uma vez que isso muda seus costumes, hábitos, entre outros (BECK, 2017).

Dessa forma, é possível evidenciar como a presença do psicólogo pode influenciar de maneira positiva o desenvolvimento do tratamento desses pacientes dentro dos hospitais, contribuindo para a melhora na qualidade de vida e principalmente na adesão ao tratamento.

Através da leitura correlacionada das obras deste projeto podemos encontrar um novo olhar sobre como deve ser o cuidado e atuação dos profissionais de saúde no momento de comunicar más notícias, bem como a importância da adesão ao tratamento de pacientes oncológicos.

O gerenciamento de más notícias relacionado a adesão ao tratamento, tem a intenção de adotar uma nova perspectiva sobre o cuidado hospitalar com pacientes diagnosticados com câncer, sendo assim, é de fundamental importância que o profissional tenha consciência da forma correta de comunicar um diagnóstico, tendo em vista uma boa adesão ao tratamento vinda do paciente (GOBBI, 2020).

O profissional utilizando as técnicas da Abordagem Centrada na Pessoa propõe uma visão humanizada e empática do ambiente hospitalar/clínico, buscando visualizar o indivíduo como um ser integral que necessita de atenção e cuidado, uma vez que esse local pode gerar inseguranças, já que em certos momentos está atrelado a uma notícia ruim.

5 CONCLUSÃO

Os conteúdos encontrados mostram a importância do cuidado ao dar uma má notícia, sendo essencial que o profissional de saúde esteja preparado com técnicas e siga os protocolos existentes, a fim de propor uma maior adesão ao tratamento de pacientes oncológicos, uma vez que fatores como a atenção humanizada dos médicos aos pacientes e familiares pode contribuir positivamente para essa adesão.

Atualmente, no ambiente hospitalar é cada vez mais cobrado que os pacientes tenham um atendimento mais humanizado, de atenção e cuidado.

A pandemia do COVID19 evidenciou a necessidade de olhar o sujeito como um ser integral, além de mais um prontuário ou número de leito. Assim, a Abordagem Centrada na Pessoa tem como norteador esse processo de cuidado genuíno, atenção e empatia.

A ACP tem como foco fazer o paciente entender suas potencialidades e assim o profissional pode mostrar que o diagnóstico não representa o fim da vida, fazendo-o perceber que com o tratamento ideal ele poderá chegar a uma cura ou uma melhor qualidade de vida, em casos terminais.

Dessa forma, é importante que o profissional de saúde tenha a possibilidade de conhecer e aplicar a ACP no ambiente hospitalar, principalmente em pacientes oncológicos, uma vez que sua teoria vai além da clínica terapêutica e “o objetivo não é resolver um problema particular, mas auxiliar o indivíduo a crescer, de modo que possa enfrentar o problema presente e os posteriores de uma maneira mais bem integrada” (ROGERS, 1977, p. 6).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, J.; LEITÃO, E. M. **A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto , v. 11, n. 2, 2012.

AGUIAR, M. A. F. **Psico-oncologia: assistência humanizada e qualidade de vida.** In: AGUIAR, M. A. F. [et al.] Psico-oncologia: caminhos do cuidado. São Paulo: Summus, p. 9. 2019.

ARANTES, T. C. et al. **Fatores associados à depressão em pacientes oncológicos durante quimioterapia.** 2019.

ALVES, R. et al. **Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade brasileira.** Psicologia, Saúde e Doenças, v. 18, n. 2, p. 545-555, 2017.

BECK, A. H. U. **Psico-Oncologia: a atuação do psicólogo no tratamento de pacientes com câncer.** 2017.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer. **O que é câncer?** 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>> Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer. **Cuidados Paliativos.** 2023. Disponível em <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cuidados-paliativos>> Acesso em: 01 maio 2023.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer. **Quimioterapia.** 2023. Disponível em <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/quimioterapia>> Acesso em: 01 maio 2023.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer. **Cirurgia.** 2023. Disponível em <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/cirurgia>> Acesso em: 01 maio 2023.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer. **Radioterapia.** 2023. Disponível em <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/radioterapia>> Acesso em: 01 maio 2023.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer. **Tratamento do Câncer.** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento>. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer. **INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025.** 2022. 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>>. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer. **Estatísticas de câncer.** 2022. Disponível em: < <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros>>. Acesso em: 22 abr. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional De Câncer. **Os caminhos da adesão**. Revista Rede Câncer nº37, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.535, de 2 de Setembro de 1998**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 874, de 16 de Maio de 2013**. Brasília, 2013.

BACELLAR, A; ROCHA, J. S. X.; FLOR, M. S. **Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível**. Rev. NUFEN, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 127-140, jun. 2012.

BEZERRA, M. E. S.; BEZERRA, E. N. **Aspectos humanistas, existenciais e fenomenológicos presentes na abordagem centrada na pessoa**. Rev. NUFEN, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 21-36, dez. 2012.

BUCKMAN, Robert A. **Breaking bad news: the SPIKES strategy**. Community oncology, v. 2, n. 2, p. 138-142, 2005.

CARNEIRO, A. C. M. S. **Comunicação de más notícias no serviço de urgência**. Dissertação de Mestrado. 2017.

CALSAVARA, V. J.; COMIN, F. S.; CORSI, C. A. C. **A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa**. Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies, v. 25, n. 1, p. 92-102, 2019.

CRUVINEL, A. F. P.; THOMAS, B.; KLAUS, G. B.; SILVA, T. G. **Percepção dos pacientes oncológicos sobre a comunicação verbal e não verbal no recebimento de más notícias**. Revista de Medicina, [S. l.], v. 100, n. 6, p. 561-569, 2021.

DANZMANN, P. S. et al. **Psico-Oncologia e Amparo a Pacientes com Câncer: uma revisão de literatura**. Psicologia e Saúde em debate, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 244-255, 2020.

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, p. 02-24, jan. 2013

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

FERRAZ, K. E. E. et al. **O Desafio De Comunicar Más Notícias Nos Cuidados Paliativos Oncológicos: Perspectiva Dos Trabalhadores**. RBPG. Revista Brasileira de Pós-Graduação, v. 16, n. 36, 2020.

FERREIRA, C. **As 3 Grandes Forças em Psicologia**. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://spsicologos.com/2019/01/13/as-3-grandes-forcas-em->

psicologia/#:~:text=3%C2%AA%20Grande%20For%C3%A7a%20em%20Psicologia,) %2C%20surge%20a%203%C2%AA%20For%C3%A7a. Acesso em: 25 fev. 2023.

GOBBI, M. B. **Comunicação de más notícias: um olhar da psicologia.** Diaphora, v. 9, n. 1, p. 66-69, 2020.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.** WWF Martins Fontes, 2017.

LADISLAU, A. **Um olhar sobre os aspectos relevantes que envolvem o sofrimento psíquico do paciente oncológico.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Psicologia: Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? 2. ed. Rio de Janeiro: Conprev, Cap. 16. p. 133-138. 2014.

LIBERATO, S. M. D.; et al. **Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 16, n. 1, p. 191–8, 2014. DOI: 10.5216/ree.v16i1.22041.

LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. C. **Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral.** Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 27-49, dez. 2011.

MARTINELLI, M. C. **A atuação do profissional de psicologia no tratamento oncológico no ambiente hospitalar.** Psicologia, Tubarão, 2020.

MENDONÇA, M. M. **A psicologia humanista e a abordagem gestáltica.** In: Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas, p. 76-98, 2013.

MELO, M. C. B.; et al. **O funcionamento familiar do paciente com câncer.** Psicologia em Revista, 18(1), 73-89, 2012.

O QUE É A ACP? Associação Paulista da ACP, 2005. Disponível em: <<https://apacp.org.br/o-que-e-a-acp/>> Acesso em: 06/11/2022.

PEREIRA, C. R. **Comunicado más notícias: protocolo paciente.** 2010. 99 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2010.

PIMENTEL, E.; et al. **Relações entre sintomatologia depressiva com pacientes em tratamento oncológico.** *Diálogos Interdisciplinares*, 8(10), p. 79-90. 2019.

RIBEIRO, J. L. P. **A Psicologia da Saúde.** In ALVES, RF., org. Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

ROGERS, C. R.; ROSENBERG, R. **A pessoa como centro.** EPU, EDUSP, São Paulo, SP, 1977.

ROGERS, C. R. **Tornar-se Pessoa.** Tradução: Manuel José do Carmo Ferreira, Alvamar Lamparelli. 6ª. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2016.

SILVA, T. D.; et. Al. **Transmissão do diagnóstico de câncer sob a perspectiva da observação psicológica.** Archives Of Health Investigation, [S. l.], v. 8, n. 8, DOI: 10.21270/archi.v8i8.4668. 2019.

SILVA, M. J. P. **Comunicação de Más Notícias.** O Mundo da Saúde, v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012.

SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. M. T. **Comunicação em Cuidados Paliativos.** In: Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. rev. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

SOBROSA, G. M. R.; et al. **O desenvolvimento da Psicologia da saúde a partir da construção da saúde pública no Brasil.** Revista de Psicologia da IMED, v. 6, n. 1, p. 4-9, 2014.

SUNG H., FERLAY J., SIEGEL R., et al. **Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.** CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2021.

TEIXEIRA L. A. S, PORTO M. A. N. T, NORONHA, C. P. **O Câncer no Brasil: passado e presente.** Rio de Janeiro: Outras Letras/FAPERJ; 2012

TEIXEIRA, L. A.S.; PORTO, M. A. T.; HABIB, P. A. B. B. **Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória.** Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 375-380, 2012.

VENÂNCIO, J. L.; LEAL, V. M. S. **Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 50, n. 1, p. 55-63, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** 2003.

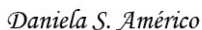
Página de assinaturas



Washington Silva
043.327.723-85
Signatário



Milena Sousa
782.675.873-49
Signatário

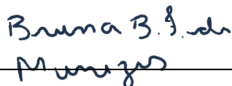


Coordenação de Psicologia

Coordenação Psicologia
005.484.062-78
Signatário



Daniela Américo
005.484.062-78
Signatário







Bruna Menezes
027.820.802-96
Signatário



Victória Oliveira
023.255.532-05
Signatário

HISTÓRICO

- 16 jul 2023** 13:27:36  **Victória Cristina Azevedo Galvão Oliveira** criou este documento. (E-mail: victoriacg.azevedo@gmail.com, CPF: 023.255.532-05)
- 31 ago 2023** 21:23:24  **Daniela S Américo** (E-mail: danielaamericoa@gmail.com, CPF: 005.484.062-78) visualizou este documento por meio do IP 170.239.200.62 localizado em Curionopolis - Para - Brazil
- 31 ago 2023** 21:24:37  **Daniela S Américo** (E-mail: danielaamericoa@gmail.com, CPF: 005.484.062-78) assinou este documento por meio do IP 170.239.200.62 localizado em Curionopolis - Para - Brazil
- 17 jul 2023** 01:28:44  **Washington Moraes Silva** (E-mail: orthiim@gmail.com, CPF: 043.327.723-85) visualizou este documento por meio do IP 200.14.58.162 localizado em Paulo Ramos - Maranhao - Brazil



- 17 jul 2023**
01:28:47  **Washington Moraes Silva** (E-mail: orthiim@gmail.com, CPF: 043.327.723-85) assinou este documento por meio do IP 200.14.58.162 localizado em Paulo Ramos - Maranhao - Brazil
- 20 jul 2023**
16:04:24  **Milena Vieira Sousa** (E-mail: milनावieirasousa@gmail.com, CPF: 782.675.873-49) visualizou este documento por meio do IP 200.124.94.215 localizado em Parauapebas - Para - Brazil
- 20 jul 2023**
16:04:28  **Milena Vieira Sousa** (E-mail: milनावieirasousa@gmail.com, CPF: 782.675.873-49) assinou este documento por meio do IP 200.124.94.215 localizado em Parauapebas - Para - Brazil
- 31 ago 2023**
21:17:31  **Coordenação de Psicologia** (E-mail: psicologia@fadesa.edu.br, CPF: 005.484.062-78) visualizou este documento por meio do IP 170.239.200.62 localizado em Curionopolis - Para - Brazil
- 31 ago 2023**
21:19:09  **Coordenação de Psicologia** (E-mail: psicologia@fadesa.edu.br, CPF: 005.484.062-78) assinou este documento por meio do IP 170.239.200.62 localizado em Curionopolis - Para - Brazil
- 06 set 2023**
17:11:16  **Bruna Braga Ferreira de Menezes** (E-mail: brunabragafferreira2019@outlook.com, CPF: 027.820.802-96) visualizou este documento por meio do IP 170.231.134.8 localizado em Parauapebas - Para - Brazil
- 06 set 2023**
17:12:30  **Bruna Braga Ferreira de Menezes** (E-mail: brunabragafferreira2019@outlook.com, CPF: 027.820.802-96) assinou este documento por meio do IP 170.231.134.8 localizado em Parauapebas - Para - Brazil
- 06 set 2023**
17:17:42  **Victória Cristina Azevedo Galvão Oliveira** (E-mail: victoriacg.azevedo@gmail.com, CPF: 023.255.532-05) visualizou este documento por meio do IP 45.7.26.101 localizado em Parauapebas - Para - Brazil
- 06 set 2023**
17:17:56  **Victória Cristina Azevedo Galvão Oliveira** (E-mail: victoriacg.azevedo@gmail.com, CPF: 023.255.532-05) assinou este documento por meio do IP 45.7.26.101 localizado em Parauapebas - Para - Brazil

