

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PSICOLOGIA

VIRGÍNIA MARIA FERREIRA BELTRÃO

**CONTRIBUIÇÕES DOS CUIDADOS PALIATIVOS  
NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

GOIÂNIA

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

### 1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): VIRGINIA MARIA FERREIRA BELTRÃO

Título do trabalho: CONTRIBUIÇÕES DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

### 2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento [ X ] SIM [ ] NÃO<sup>1</sup>

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

#### Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

**Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



Documento assinado eletronicamente por **Ana Idalina De Paiva Silva, Professora do Magistério Superior**, em 07/03/2023, às 08:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Virgínia Maria Ferreira Beltrão, Discente**, em 07/03/2023, às 09:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3575252** e o código CRC **DB5EF131**.

---

Referência: Processo nº 23070.009697/2023-51

SEI nº 3575252

VIRGÍNIA MARIA FERREIRA BELTRÃO

**CONTRIBUIÇÕES DOS CUIDADOS PALIATIVOS  
NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás como requisito para obtenção do título de bacharel e licenciada em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Idalina de Paiva Silva

GOIÂNIA

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Beltrão, Virgínia Maria Ferreira  
CONTRIBUIÇÕES DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO  
TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA [manuscrito] / Virgínia Maria  
Ferreira Beltrão. - 2023.  
XLIX, 49 f.

Orientador: Profa. Dra. Ana Idalina de Paiva Silva.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade  
Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Psicologia, Goiânia,  
2023.  
Bibliografia.

1. Câncer de mama. 2. Cuidados Paliativos. 3. Psicologia da  
saúde.. I. Silva, Ana Idalina de Paiva, orient. II. Título.

CDU 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

### ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ao(s) 27 dias de fevereiro do ano de 2023 iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “CONTRIBUIÇÕES DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA”, de autoria de Virgínia Maria Ferreira Beltrão, do curso de Psicologia, do(a) Faculdade de Educação da UFG. Os trabalhos foram instalados pelo(a) Profª Drª Ana Idalina de Paiva Silva (orientadora FE/UFG) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Profª Drª Mara Rubia de Camargo Alves Orsini (FE-UFG). Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição do(a) estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de 10 (DEZ), tendo sido o TCC considerado APROVADO.

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Idalina De Paiva Silva, Professora do Magistério Superior**, em 27/02/2023, às 11:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mara Rúbia De Camargo Alves Orsini, Professor do Magistério Superior**, em 27/02/2023, às 11:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3551600** e o código CRC **0DEB2906**.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me ter me concedido o dom da vida e a Nossa Senhora por ter intercedido para que eu pudesse vive-la. Agradeço, também, aos meus Orixás e meus guias por terem me protegido e me fortalecido durante toda a minha caminhada. Vocês me fazem grande dentro da minha pequenez.

Agradeço a minha Mãe que foi forte o suficiente para lutar por nós duas e por nunca ter desacreditado de mim, mesmo quando eu mesma desacreditei. Agradeço ao meu Pai, poeta que ditou o tom das minhas rimas. Ao ler a história de vocês entrelaçada na minha, mais que filha, eu me tornei fã. Sem vocês nada disso seria possível. Eu não seria possível. Eu não daria frutos se vocês não tivessem cuidado bem das minhas raízes.

Agradeço aos meus irmãos, João Gilberto e Lauro César, por terem me ensinado a lutar pelo que é meu e por dividirem o mundo comigo. João, essa jornada foi mais fácil porque tinha sua presença ao chegar em casa. Lauro, se você não tivesse me aceitado, talvez eu mesma não me aceitaria. Eu amo vocês! E agradeço também pelo Ares, nosso cachorro, ele lavou meu coração e o encheu de alegria em momentos de crises e solidão.

Agradeço especialmente a minhas avós e aos meus avôs. Dona Irene, sem a sua teimosia eu nunca saberia o valor que a educação tem. Obrigada por ter lutado para que eu chegasse onde cheguei e por nunca ter me deixado esquecer como a vida é divertida. Dona Isaltina, é a luz dos seus olhos verdes que ilumina a minha alma. A senhora se fez tão íntima da vida que foi capaz de ser íntima da morte e é só por isso que eu também sou. Vocês duas, em suas máquinas, costuram a minha história com os retalhos mais lindos. Cada ponto da minha vida é dado por vocês. Seu João, obrigada por ter me visitado em sonho, ter recebido a sua benção é uma das minhas memórias favoritas. Seu Toin de Pulú, obrigada por ter tanta fé assim. Seu amor por Nossa Senhora Aparecida, esse que te move e me leva junto. Sorte a minha ter vocês dois como cavaleiros. Como os ponteiros da minha jornada. O som do berrante de vocês me guia.

Agradeço a toda a minha família, primos e primos, tios e tias. Eu sou vocês. Agradeço em especial a Tia Iza de Cássia. Tia Iza, é um prazer para mim carregar suas feições e ter a senhora reconhecida em mim. Foi uma honra acompanhar a sua vitória contra o câncer. A senhora venceu quando demonstrou para nós o que é ter força, determinação e alegria, mesmo nas maiores dificuldades. Venceu quando seu nome continuou ditando o pulsar dos corações daqueles que te amam. Para além das semelhanças

físicas inegáveis, seu nome, alma e coração estão muito bem costurados em mim. Bem feito como tudo que a senhora já fez. A sua menina enjoada te ama pra sempre. Guarde todas as fofocas do céu para me contar.

Agradeço aos meus amigos. Aqueles que compartilham o mundo desde que eu me entendo nele. Aqueles que foram chegando pelo caminho. Agradeço até mesmo aqueles que hoje não estão ao meu lado. Eu amo e amei cada um de vocês e os seus nomes nunca sairão da parede do meu coração. Espero que não se importem, mas eu agradeço especialmente ao Vitor Hugo, meu parceiro de faculdade. Minha dupla perfeita de trabalhos, trucos e sonhos. Isadora, você chegou e inundou o meu mundo com a água doce de uma cachoeira. Julia, obrigada por ter me feito família, por ter me adotado e por cada um dos sambas que cantamos juntas.

Agradeço aos meus professores por terem se dedicado à minha formação e por terem me inspirado a ser a profissional que o mundo merece que eu seja. Em especial, agradeço a Ana Idalina que topou embarcar nessa aventura comigo. Ana, você é uma fonte de inspiração para mim desde o momento que te conheci. É uma pena que a vida virtual tenha dificultado o processo, mas você é incrivelmente incrível. Agradeço também a Mara que aceitou sair do seu descanso para vivenciar esse momento comigo. Mara, foi um prazer compartilhar risadas com você durante a minha graduação. Obrigada por ter sempre acreditado que eu poderia chegar longe e por compartilhar seus conhecimentos comigo.

Agradeço a todas as minhas versões que sonharam e lutaram para que esse momento pudesse acontecer. Obrigada por não terem desistido de nós.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos sambistas que foram minha fonte matinal de inspiração e me ensinaram sobre coragem, sobre como a vitória vem mesmo que demore, sobre não desistir e mudar o placar, sobre como o bem vencerá enquanto ainda houver um Sol para brilhar e uma noite de Lua.

Agradeço, também, a Vida, por ser bonita e me dar a chance de ser uma eterna aprendiz.

## **RESUMO**

Tendo em vista que o cuidado paliativo é uma abordagem que tem como objetivo proporcionar qualidade de vida para pacientes acometidos por doenças crônicas, progressivas ou sem possibilidade de cura, o presente trabalho aborda algumas das contribuições dos cuidados paliativos no tratamento de mulheres de mama, tanto pela perspectiva das pacientes quanto de suas famílias. O primeiro capítulo tem como objetivo apresentar os cuidados paliativos, suas possibilidades de intervenção, onde ele pode ser executado, por quem e o que cada membro da equipe de saúde faz nessa abordagem, e para quem ele é ofertado. No segundo capítulo foi explorado o câncer de mama e seus impactos psicológicos nas mulheres. Já o terceiro capítulo buscou abordar as possibilidades dos cuidados paliativos nas diversas etapas do tratamento do câncer de mama, refletindo sobre as contribuições da Psicologia neste tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer de mama; Cuidados Paliativos; Psicologia da saúde.

## **ABSTRACT**

Bearing in mind that palliative care is an approach that aims to provide quality of life for patients affected by chronic, progressive or incurable diseases, the present work addresses some of the contributions of palliative care in the treatment of breast women, both from the perspective of patients and their families. The first chapter aims to present palliative care, its intervention possibilities, where it can be performed, by whom and what each member of the health team does in this approach, and for whom it is offered. In the second chapter, breast cancer and its psychological impacts on women were explored. The third chapter sought to address the possibilities of palliative care in the various stages of breast cancer treatment, reflecting on the contributions of Psychology in this treatment.

**KEYWORDS:** Breast cancer; Palliative care; Health psychology.

## **Sumário**

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1. OS CUIDADOS PALIATIVOS E A PSICOLOGIA .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. A história dos cuidados paliativos.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2. Cuidados paliativos na atualidade .....</b>	<b>18</b>
<b>1.2.1. Ambientes de atuação dos cuidados paliativos.....</b>	<b>19</b>
<b>1.2.2. A equipe de saúde em cuidados paliativos.....</b>	<b>21</b>
<b>2. CÂNCER DE MAMA E A PSICOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
<b>3. POSSIBILIDADES DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO CÂNCER DE MAMA E A PSICOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>44</b>

## APRESENTAÇÃO

O meu percurso na graduação foi mais cheio de dúvidas que de certezas. Não me sinto especial por isso, pois creio que cinco anos de matérias nos três períodos do dia, deixam qualquer cabeça jovem e inocente confusa. Dentre as minhas diversas dúvidas, uma das poucas certezas é que eu acredito numa psicologia para além das quatro paredes da clínica convencional. Não que ela não seja necessária, pois ela é muito. Mas eu gostaria que a Minha psicologia acontecesse em lugares maiores. Foi com essa certeza que eu cheguei psicologia hospitalar. Estar dentro do hospital, com uma equipe multiprofissional me chamou muita atenção, por isso escolhi a área da Mastologia do Hospital das Clínicas da UFG para realizar o meu estágio.

Enquanto eu desbravava os mares da psicologia hospitalar, uma área específica me chamou muita atenção: os cuidados paliativos. Cuidar de quem está morrendo. Eu sei, é uma escolha pesada em realidade triste, mas a morte é uma realidade, então porque não ajudar essas pessoas a passar por esse processo? Os cuidados paliativos, e é isso que me chama tanta a atenção, ajuda as pessoas, especialmente as que estão marcadas com o selo “não há mais nada que a medicina possa fazer”, a viver.

E aqui eu peço licença a Rubem Alves por me apropriar tão fortemente de suas palavras para dizer as minhas. Em uma crônica, intitulada “A Morte e o Morrer” e publicada em 12 de outubro de 2003 na Folha de São Paulo, o autor traz poeticamente o que eu e os muitos outros escritores, alguns citados por mim nessas páginas, outros tantos que vocês não verão por aqui, transformamos na dita ciência.

Rubem Alves diz

Confesso que, na minha experiência de ser humano, nunca me encontrei com a vida sob a forma de batidas de coração ou ondas cerebrais. A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança da beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casca de cigarra vazia. (Alves, 2003, n.p)

É isso que os cuidados paliativos buscam: manter a humanidade mesmo diante da morte que, por mais que seja a única e maior certeza de nossas vidas, causa temor e aversão. É bíblico, em Eclesiastes 3:1,2, que “Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu. Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou;”. Também é científico que as nossas células se degeneram com o passar dos anos e que um dia nossos órgãos vitais já não sustentarão mais nosso corpo. Então porque ainda lutamos tanto contra nossa natureza e o nosso destino?

Porque ainda submetemos pessoas que já estão sofrendo a um sofrimento maior ainda? Porque não permitimos que essas pessoas vivam a vida que ainda lhes resta da melhor maneira possível, perto dos seus e sem tratamentos que não salvarão sua vida?

É importante dizer que os cuidados paliativos nada tem a ver com eutanásia. Os cuidados paliativos tem objetivo de proporcionar uma boa vida para que o enfermo possa ter uma boa morte.

Morrer é um efeito colateral de se estar vivendo, assim como viver é um efeito colateral de se estar morrendo. Assim sendo, os cuidados paliativos não tornam a morte e a vida inimigos, a vitória de um sendo o fracasso da outra. Eles buscam humanizar essa relação para que nós possamos ser humanos por completo.

A minha avó, dona Isaltina Amorim, sem saber que isso tem um nome, já conversou com toda nossa família sobre a sua morte. É o assunto favorito dela. Ela entende que a perda de alguém tão especial quando ela vai gerar dor e sofrimento, então porque não deixar o momento da sua morte tão organizado ao ponto de que ela, e todos que a rodeiam, possam apreciar sua companhia. Sua vida. Assim com a minha avó, sem saber que isso já tinha um nome, Rubem Alves propôs em sua crônica uma nova modalidade da medicina: a "morienterapia", que nada mais é que cuidar de quem está morrendo. Afinal, "Há dores que fazem sentido, como as dores do parto: uma vida nova está nascendo. Mas há dores que não fazem sentido nenhum."

É isso que me trouxe até aqui. Isso que me motivou a ler sobre "morienterapia", ou melhor, sobre cuidados paliativos. Acreditar que ainda há o que ser feito, mesmo quando um diagnóstico não pode ser mudado é o que gerou essa pesquisa.

O objetivo dela é mostrar o que pode ser feito depois de uma mulher ser diagnosticada com câncer de mama. Como a equipe multidisciplinar, especialmente o psicólogo, pode proporcionar melhor qualidade de vida para essa mulher, seja por meio do alívio de dores físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Além disso, compreender os diversos espaços em que esses cuidados podem ser oferecidos e o que cada membro da equipe pode fazer, e qual é o papel e a participação das famílias nesse processo.

Para tanto, o trabalho foi dividido em três capítulos. Sendo o primeiro "Os cuidados paliativos e a psicologia", onde debati o que são os cuidados paliativos; onde, quando, por que e para quem ele é ofertado; e o papel da psicologia nesse processo. O segundo capítulo é intitulado "Câncer de mama e a psicologia", onde falo sobre o que é o câncer e sua história; quais são os fatores de risco; e os impactos psicológicos acarretados pelos

tratamentos. O terceiro capítulo se chama “Possibilidade dos cuidados paliativos no câncer de mama e a psicologia”, onde exploro a presença dos cuidados paliativos desde o diagnóstico até o trabalho de luto com os familiares e a atuação do psicólogo nesse processo.

Tudo isso dito, finalizo dizendo que concordo com Rubem Alves por concordar com Mário Quintana quando ele diz “Um dia...Pronto! Me acabo. Pois seja o que tem de ser. Morrer: que me importa? O diabo é deixar de viver.” Nós temos um número limitado de dias, só não sabemos quantos são. Sendo assim, só nos resta viver a nossa vida e tentar proporcionar a melhor vida possível para aqueles que estão em processo de tratamento de um cancer de mama.

## 1. OS CUIDADOS PALIATIVOS E A PSICOLOGIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cuidados paliativos como

A abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (OMS, 2002, n.p)

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2002), esse cuidado não tem função curativa, de prolongamento ou de abreviação da vida. Tampouco deve ser aplicado apenas no fim da vida, pois seu intuito é promover melhor qualidade de vida para o paciente durante todo seu tratamento, desde o diagnóstico até a possível morte.

O processo de adoecer é muito debatido socialmente, mas a morte e suas implicações ainda são tabus na cultura ocidental. Dentro desse contexto, existem algumas formas de olhar e agir perante a doença, o sofrimento e a morte.

Em casos de pacientes terminais ou portadores de doenças crônicas e degenerativas que causam dor e sofrimento, um procedimento conhecido, apesar de proibido no Brasil, é a eutanásia. Ela acontece quando, por piedade e/ou compaixão, um médico decide aplicar medicamentos que findam a vida do paciente para evitar dor e sofrimento desnecessário (FELIX, 2013). A etimologia da palavra vem do grego e significa “boa morte” (*eu*=boa e *thanatos*=morte) (ALMEIDA, 2017). Ainda sobre o processo de abreviação da vida, no suicídio assistido quem toma a decisão sobre o fim da vida é o próprio paciente e é ele mesmo quem aplica a medicação, o que também é proibido no Brasil.

Em contra partida, um conceito pouco difundido, mas muito utilizado por equipes médicas, especialmente em casos cuja letalidade é muito baixa (como em crianças com câncer, por exemplo), é o da distanásia. Ele se refere ao uso de procedimentos para o prolongamento da vida a qualquer custo (*dis*=afastamento e *thanatos*=morte) (ALMEIDA, 2017). Nesta abordagem os procedimentos intensos, invasivos e dolorosos, como ventilação artificial ou massagens cardíacas intensas, se justificam pela manutenção da vida. No entanto, é possível questionar se esses procedimentos não fazem com que o processo de morrer seja longo e ainda mais doloroso, sem que se aumente a qualidade de vida do paciente (FELIX, 2013).

Os cuidados paliativos por sua vez, se enquadram como ortotanásia (*Orto*=correto/certo e *thanatos*=morte), o que significaria “morte correta”. Nesta abordagem os profissionais de saúde não buscam nem o prolongamento da vida nem o

abreviamento dela, o intuito é permitir que a morte siga seu percurso natural. É a humanização que está em pauta, portanto, não há negligência ou abandono do paciente. O objetivo é manter os tratamentos para alívio de dores e outros sintomas para que o paciente preserve sua autonomia e dignidade (ALMEIDA, 2017). A ortotanásia é regulamentada pela Lei 6715/09 do Conselho Federal de Medicina e tem validação da justiça brasileira, permitindo que a equipe médica, com a permissão do paciente ou dos seus responsáveis, interrompa tratamentos que não modificarão seu quadro clínico.

Tendo a autonomia do paciente como foco, o Conselho Federal de Medicina, no artigo 1º da resolução nº 1995/2012, define Diretivas Antecipadas de Vontade.

O conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (CFM, 2012, n.p)

Destarte, qualquer pessoa que se encontre em tratamento de doença terminal pode fazer uma declaração prévia sobre sua vontade da suspensão do tratamento quando ele já não tiver mais utilidade para a melhoria do quadro. Tendo em vista que o ser humano é biopsicossocial e espiritual, a qualidade de vida perpassa as relações interpessoais (famílias, amigos, etc.) e não se limita apenas ao biológico (PENALVA, 2009).

A filósofa e escritora polonesa Halina Bortonowska define ética como a junção dos valores que são sustentados pela pessoa (MATSUMOTO, 2012) e distingue *ética de cura* e de *ética de atenção*. A ética de cura tem o médico como “general”, que nunca se dá por vencido. Já a ética de atenção, por sua vez, tem como centro a dignidade humana, colocando o paciente como “soberano”. Nos cuidados paliativos, isso significa que os desejos do paciente são primordiais.

Nesse sentido, os cuidados paliativos buscam proporcionar qualidade de vida e qualidade de morte para os pacientes. Oferecem a pessoa adoecida o direito de morrer bem, para que ela viva da melhor maneira possível.

Apesar de ser frequentemente associado a fase terminal de doenças, os cuidados paliativos não se restringem a isso. O avanço da tecnologia possibilitou que doenças anteriormente fatais passassem a ser crônicas, aumentando a longevidade e o envelhecimento da população. Sendo assim, os cuidados paliativos podem ser inseridos em qualquer fase do tratamento, já que têm como objetivo proporcionar melhor qualidade de vida para o adoecido.

### 1.1. A história dos cuidados paliativos

O termo “paliativo” é derivado do latim *pallium* ou *palliare*, que significa coberta, abrigo, proteger, amparar. Essa definição vai ao encontro do objetivo dos cuidados paliativos, que é cuidar e não apenas curar.

Há registros desse tipo de cuidado desde o século V, com a instituição do movimento *hospice*, cuja filosofia era da acolhida e da hospitalidade (HERMES, 2013). Esse movimento teve início na Idade Média (durante as Cruzadas), e inicialmente se referia apenas a estabelecimentos de caridade que acolhiam e cuidavam dos cristãos perseguidos até que eles se recuperassem. Contudo, com a propagação da filosofia *hospice*, que está para além de um ato de caridade, esses estabelecimentos passaram a ter um caráter mais próximo ao nosso modelo de atendimento médico hospitalar de média complexidade (ALVES, 2019; HERMES, 2013).

Já no século XX, mais especificamente em 1967, foi criado o *St. Christopher's' Hospice* por Cicely Saunders, que era uma assistente social, médica e enfermeira inglesa. Nele se concentravam ofertas de tratamentos desde o controle da dor até atenção psicológica ao paciente.

Logo em seguida, na década de 1970, o cirurgião canadense Balfour Mount criou o termo Cuidado Paliativo para se referir aos cuidados éticos e humanos para garantir dignidade até o fim da vida e o incorporou ao movimento *hospice* (ALVES, 2019).

Quando criado, o conceito de cuidados paliativos dizia respeito a atuação nas atmosferas de dor física, psicológica, social e espiritual. Posteriormente, em 1990, a OMS definiu cuidados paliativos como ato de cuidar ativa e totalmente de pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos, tendo como objetivo o controle da dor e dos sintomas, além de cuidados com os problemas de ordem social, psicológica e espiritual, buscando maior qualidade de vida possível tanto para o paciente quanto para sua família.

Em 2002, a OMS redefiniu o conceito dos cuidados paliativos para que eles não ocorram apenas em casos de terminalidade, mas juntamente com os cuidados para cura e modificação da doença (BRAGA, 2013). Nesse sentido, os cuidados paliativos se tornaram mais complexos e mais amplos, pois podem estar presentes desde o diagnóstico das doenças.

No Brasil, a primeira publicação sobre um serviço de Cuidados paliativos foi divulgada pela Revista Brasileira de Cancerologia, em 1993. Ele foi escrito pela Dra.

Magda Cortes Rodrigues Rezende, oncologista do INCA, e ela discorre sobre a implantação do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico na instituição (REZENDE et al., 1993). Desde então, especialmente na primeira década dos anos 2000, tem se observado um aumento significativo dos profissionais de saúde em cuidados paliativos (RODRIGUES, 2012). Apesar disso, a prática de cuidados paliativos ainda não é reconhecida como especialidade em nenhuma área da saúde. O Projeto de Lei nº 883, de 2020, que busca sua regulamentação, está em tramitação.

Somente no ano de 2018 foi publicada a primeira normatização federal acerca dos Cuidados Paliativos, no Diário Oficial da União. A Resolução nº 41 dispõe sobre as diretrizes dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

## **1.2. Cuidados paliativos na atualidade**

A OMS recomenda que, apesar da assistência em Cuidados paliativos ser baseada em conceitos e princípios, cada país e região adequa seu modo de atuação para contemplar realidade da população (MACIEL, 2012). De acordo com o artigo 4º da Resolução nº 41, de 2018 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) os princípios norteadores dos cuidados paliativos no Brasil são:

- I - início dos cuidados paliativos o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença, e início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes;
- II - promoção do alívio da dor e de outros sintomas físicos, do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores;
- III - afirmação da vida e aceitação da morte como um processo natural;
- IV - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnósticas e terapêuticas;
- V - promoção da qualidade de vida por meio da melhoria do curso da doença;
- VI - integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- VII - oferecimento de um sistema de suporte que permita ao paciente viver o mais autônomo e ativo possível até o momento de sua morte;
- VIII - oferecimento de um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com a doença do paciente e o luto;
- IX - trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar para abordar as necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, se indicado;
- X - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais;
- XI - respeito à autodeterminação do indivíduo;
- XII - promoção da livre manifestação de preferências para tratamento médico através de diretiva antecipada de vontade (DAV); e
- XIII - esforço coletivo em assegurar o cumprimento de vontade manifesta por DAV.

(BRASIL, 2018, n.p)

Independente do modelo de atuação, os cuidados paliativos devem sempre buscar o alívio de sintomas que geram angústia e sofrimento. Para além da dor física, o paciente deve ser contemplado nos âmbitos psicológicos, sociais e espirituais. Os profissionais atuantes devem ter uma linguagem clara, objetiva, empática, sensível e honesta tanto com o paciente quanto com a família e os outros profissionais membros da equipe.

Os cuidados paliativos são individualizados e ativos, visando contemplar as especificidades do paciente, sendo dependente da complexidade do caso. De acordo com Torres (2018), os cuidados paliativos podem ser gerais ou específicos. Quando a sua atuação ocorre de maneira geral, eles acontecem desde o diagnóstico e atuam na prevenção e na educação acerca dos possíveis sintomas. Já os cuidados paliativos específicos ocorrem quando os tratamentos não podem mais mudar o curso da doença e atuam de maneira a manter a autonomia do paciente e suas relações interpessoais. Quando o paciente se encontra em fase terminal, os profissionais paliativistas atuam na elaboração do luto, tanto do paciente quanto da família (TORRES, 2018).

### **1.2.1. Ambientes de atuação dos cuidados paliativos**

Os cuidados paliativos podem ser ofertados em todas as fases da doença e em diferentes ambientes. De acordo com o Art 5º da Resolução nº 41 de 2018 (BRASIL, 2018), os cuidados paliativos não são restritos ao hospital, mas podem ser realizados em domicílio, no ambulatório, na atenção básica, na urgência e emergência.

Conforme a cultura ocidental de não aceitação da morte, o hospital ainda é o principal local onde acontecem as mortes, pois seria lá que pessoas doentes deveriam ficar. De acordo com Rodrigues (2012), os cuidados paliativos na internação hospitalar podem ocorrer por meio de *a) Unidades de Cuidados Paliativos, b) Equipe Consultora ou Volante e c) Equipe Itinerante*. As Unidades de cuidados paliativos são leitos de uma área específica do hospital onde são trabalhados os princípios dos Cuidados Paliativos. A equipe multidisciplinar visa o controle dos sintomas nos âmbitos biopsicossociais e espirituais. Já a Equipe Consultora ou Volante é formada por uma equipe interdisciplinar mínima que vai até o paciente de acordo com demandas levantadas pelos médicos, sendo assim, não haveriam leitos específicos para cuidados paliativos. O trabalho da equipe itinerante difere-se da equipe volante pois assume a frente dos cuidados paliativos e fica a critério do médico solicitante continuar ou não acompanhando o caso.

Na urgência e emergência, os cuidados paliativos têm como foco o alívio dos sintomas agudizados, buscando melhor conforto e dignidade da pessoa (RODRIGUES, 2012). Em ambulatório, os Cuidados paliativos são pouco comuns no Brasil, pois ainda não há uma rede profissional bem estabelecida. Apesar das dificuldades do sistema primário de saúde brasileiro, como a superlotação, por exemplo, os profissionais dessa área que atuam em Cuidados Paliativos devem seguir os princípios citados anteriormente e devem prezar pela boa comunicação, falar sobre morte, resolução de conflitos, tratamento e, principalmente, atuar na diminuição das dores (RODRIGUES, 2012).

Na atenção básica, Brasil (2018) prevê, no Art 5º, que o acompanhamento da equipe de saúde deve ser longitudinal, ou seja, o paciente deve ser monitorado pela equipe de atenção básica do seu território, em conjunto com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Caso os problemas sejam difíceis de serem acolhidos e resolvidos pela equipe de saúde de nível I, a Unidade Básica de Saúde deve encaminhar para equipes especializadas de nível II e III.

O modelo de assistência domiciliar é, de acordo com os relatos dos familiares dos pacientes, o modelo mais desejado, pois eles prefeririam morrer em casa. Contudo, o baixo número de profissionais capacitados para conduzir os Cuidados paliativos de maneira correta, com honestidade em relação ao diagnóstico, prognóstico, sintomas e tratamento, impede que ele aconteça em maior número (RODRIGUES, 2012).

Os Cuidados paliativos domiciliares dão ao paciente adoecido maior sensação de conforto, aconchego e proteção, além de ser menos ofensivo e doloroso. Quando ofertado em casa, também é reforçada a autonomia e desejo do paciente, tanto por ter escolhido ser tratado em casa quanto por não precisar seguir as regras rígidas do hospital (RODRIGUES, 2012). Entretanto, apesar dessas vantagens, a depender dos recursos e da localidade em que o paciente se encontra, ser atendido em casa pode não ser vantajoso, pois pode haver dificuldade na obtenção de medicamento, de intervenções físicas urgentes e até mesmo falta de contato com a equipe de saúde. O Art 5º determina que os critérios para inclusão no atendimento de cuidados paliativos domiciliares são: o diagnóstico e terapêutica estarem bem definidos; o domicílio deve ter condições sanitárias mínimas como água encanada e luz; e deve ser permitido pelo paciente ou pelo seu responsável, caso haja impossibilidade de resposta do paciente (BRASIL, 2018).

### **1.2.2. A equipe de saúde em cuidados paliativos**

Os cuidados paliativos devem ser realizados por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, buscando a integração do conhecimento de diversas áreas da saúde. A equipe multiprofissional em saúde é composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes espirituais (SILVEIRA, 2014). Cada um desses profissionais, dentro das suas áreas de atuação específicas e dentro da equipe, tem um papel primordial na melhoria da qualidade de vida do paciente adoecido e de sua família.

O médico, dentro da equipe multiprofissional em cuidados paliativos, trabalha como um facilitador entre a equipe e o paciente (CONSOLIN, 2012). Ele é o responsável pelo diagnóstico e por esclarecer para o paciente, para a família e para a equipe o curso da doença, os sintomas, tratamentos já realizados e possibilidades de outros tratamentos. Caso necessário, ele deve entrar em contato com outras especialidades médicas a fim de ter um melhor esclarecimento sobre o caso clínico, para que possa conduzir o tratamento que proporcione melhor qualidade de vida para o paciente em cada fase da doença. O médico deve ter uma comunicação clara e objetiva entre os membros da equipe para que qualquer profissional saiba ajudar o paciente e sua família a sanar suas dúvidas. Além disso, o médico é o responsável pela comunicação de más notícias para a família, seja ela o diagnóstico, evolução do quadro clínico ou a possível morte (CONSOLIN, 2012).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem determina que a enfermagem é “uma profissão que deve ser comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade” (BRASIL, 2007). Isso significa, em cuidados paliativos, que esses profissionais são comprometidos com o alívio da dor, com a aplicação de medicamentos e curativos, pela manutenção do ambiente em relação à higiene e conforto, ações com a família e cuidados espirituais, além da comunicação entre a equipe (FIRMINO, 2012). Os enfermeiros também devem fazer trabalho educacional acerca da doença e dos sintomas tanto com a família, quanto com o paciente e com a equipe de saúde.

O trabalho do psicólogo na equipe de saúde de Cuidados paliativos é de suma importância, pois, além de estar em contato direto com o sofrimento físico do paciente, ele pode entrar em contato com o sofrimento mental de todos os envolvidos (paciente, família, equipe multiprofissional). O adoecimento e a progressão da doença causam muito desgaste mental: o paciente por estar sofrendo com os sintomas, a família por ter que lidar com a possibilidade da perda de seu ente querido, e os profissionais por toda a frustração e

sentimentos ocasionados por isso. A comunicação empática inerente ao psicólogo garante que a tríade paciente-família-equipe tenha suas necessidades reconhecidas e atendidas (NUNES, 2012). O psicólogo também atua na aplicação de técnicas para diminuição de sintomas físicos, causados tanto pela doença em si quanto pelo tratamento, buscando a adesão do paciente ao tratamento, auxiliando na resolução de conflitos que mobilizam o paciente, no processo da possível morte e no luto dos familiares.

O assistente social dentro da equipe de saúde dos Cuidados paliativos tem como função conhecer os aspectos socioeconômicos do paciente, da família e dos seus cuidadores, a fim de auxiliá-los em questões legais e burocráticas, buscando garantir a eles uma boa vida e uma morte digna. Ele também precisa garantir que a equipe de saúde ofereça os atendimentos necessários para o tratamento do paciente, além ser o intermediário entre o paciente/ família e a equipe sobre questões sociais e de cultura (ANDRADE, 2012)

De acordo com Fernandes (2012), o segundo sintoma mais comum entre pacientes com doenças avançadas é a perda de apetite. Entretanto, a boa alimentação está ligada a melhor qualidade de vida e, nesse sentido, o nutricionista é de suma importância na equipe de Cuidados Paliativos. Eles são responsáveis por orientar paciente, família e equipe de saúde sobre o estado nutricional e clínico do paciente para que sua dieta seja adaptada para suas necessidades e condições. O paciente deve sentir prazer e conforto ao se alimentar, portanto, o nutricionista oferecerá meios para que ele se alimente de forma prazerosa, sem ou com menos dor possível, e de forma nutritiva.

O papel do fisioterapeuta na equipe é o de elaborar planos de assistência que permitam que o paciente, dentro de suas condições, viva o mais ativa e independentemente possível. Para tanto, é preciso realizar constantemente avaliações acerca dos sintomas, especialmente da escala de dor e de habilidades que o paciente consegue ou não fazer naquele momento. A partir disso, o fisioterapeuta, aplicará técnicas de relaxamento físico e mental; buscará manter a mobilidade dos pacientes; aplicará técnicas de respiração, coordenação, equilíbrio, treino de tosse, de postura, dentre outras, visando a melhoria das condições físicas do paciente (ANDRADE; SERA; YASUKAWA, 2012)

O tratamento em fases avançadas das doenças pode acarretar diversos problemas orais e de comunicação (PINTO, 2012). Sendo assim, o fonoaudiólogo na equipe multiprofissional em cuidados paliativos atua na manutenção da deglutição segura, na postura do paciente e na maneira como ele é alimentado. Além disso, ele busca alternativas

de comunicação quando o paciente está impossibilitado de realiza-la oralmente, podendo ser por meio de pranchas, de gestos ou manifestações corporais (PINTO, 2012).

Os objetivos do terapeuta ocupacional em cuidados paliativos são: manter as atividades significativas para o paciente e sua família; enriquecer o cotidiano com atividades sensoriais e cognitivas; alívio e controle dos sintomas; adaptar Atividades da Vida Diária (AVDs) para que se mantenha a autonomia e independência do paciente; criar possibilidades de comunicação e de práticas criativas em espaços de convivência e interação; e apoio, orientação e escuta para a família, para o cuidador e para o paciente (OTHERO, 2012).

Apesar de não ser um profissional de saúde com formação específica, o assistente espiritual (capelão) atua no alívio da dor espiritual dos pacientes. Na cultura ocidental a morte pode ser vista como um tabu, portanto, pacientes e familiares, ao serem confrontados diretamente com a possibilidade da morte, tendem a se desorganizar. O capelão busca humanizar e naturalizar a morte, além de atuar diretamente em um aspecto crucial na qualidade de vida do ser humano: a esperança (AITKEN, 2012). Seja qual for a crença do paciente ou de sua família, a esperança da cura ou de uma morte tranquila é forte motivador para a permanência no tratamento ou até mesmo resoluções de conflitos.

Os cuidados paliativos tem como princípios básicos a qualidade de vida e a naturalização da morte, portanto, o paciente e sua família estarem em contato com questões mais profundas referentes a sua existência, propósitos e conflitos, possibilita uma boa vida e uma boa morte. Além disso, a certeza de que seus familiares estão sendo assistidos tende a tranquilizar e amenizar sintomas psicossomáticos como o estresse e os familiares terem consciência que, dentro de suas crenças, o paciente teve uma “boa morte”, facilita o processo de luto.

### **1.2.3. Os pacientes elegíveis aos cuidados paliativos**

De acordo com Iglesias (2016), os cuidados paliativos são ofertados para aquelas doenças em que há possibilidade de tratamento curativo, mas que ele pode falhar; para doenças crônicas, sem possibilidade de cura, mas que a sobrevivência pode ser prolongada por meio de tratamentos intensivos; doenças progressivas e sem chances realistas de cura; e doenças irreversíveis, mas não progressivas. Alves (2019) complementa ao dizer que os cuidados paliativos também são ofertados em casos de sintomas intensos, múltiplos e

multifatoriais, e quando há grande mobilização e impacto emocional tanto no doente, quanto na família e nos cuidadores.

O Parágrafo único do Art 2º da Resolução nº 41 de 2018 determina que “será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição” (BRASIL, 2018). A Lei nº 19.723 de 10 de julho de 2017 do estado de Goiás postula que os cuidados paliativos devem ser iniciados o mais precocemente em adultos com câncer; com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA); síndromes demenciais; doenças neurológicas progressivas; insuficiência cardíaca congestiva (ICC); doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); insuficiência renal; e sequelas neurológicas. Em crianças em casos de: malformação congênitas severas; fibrose cística; paralisia cerebral; distrofias musculares; câncer; SIDA e outras situações incuráveis e em progressão (GOIÁS, 2017). Como a atuação dos profissionais em cuidados paliativos é individualizada, a partir da complexidade de cada doença e da fase em que ela se encontra, isso significa que não há restrições de idade, mas sim especificidades para cada uma das faixas etárias e para os tipos de doença.

Tendo em vista que a doença não afeta apenas o sujeito, mas também aqueles que estão a sua volta, os princípios dos cuidados paliativos de controle e prevenção dos sintomas, e de naturalização da morte também se aplicam aos seus familiares e a equipe multiprofissional de saúde (GOMES, 2016). É de suma importância que a família e os cuidadores diretos do paciente adoecidos estejam cientes de cada passo do tratamento, que saibam prevenir e evitar tanto os seus sintomas quanto os do paciente adoecido, que elaborem o processo de luto e se preparem para a possível morte. Assim como acontece com os pacientes, os familiares têm direito aos cuidados paliativos desde o diagnóstico até o pós morte.

O atendimento com a família também é benéfico ao paciente, pois ele percebe que seus familiares serão assistidos. O trabalho de cuidados paliativos com a família ainda é muito importante para a resolução de conflitos pendentes, para a organização burocrática da perda, para a normalização da morte como um processo natural. Além disso, ao terem consciência sobre as fases do tratamento, os familiares auxiliam os pacientes no processo de autonomia. A equipe multiprofissional deve entender o paciente e sua família como uma só unidade (MATOS, 2018), pois ambos são afetados um pelo outro, sendo assim, os

aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais da família do paciente adoecido devem ser assistidos.

## 2. CÂNCER DE MAMA E A PSICOLOGIA

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2020), o termo câncer é utilizado para fazer referência a mais de 100 tipos de doenças malignas em que houve um crescimento desordenado de células. Eles surgem de uma mutação genética, onde as células passam a receber instruções erradas para suas atividades e podem ter causas tanto internas quanto externas. Outra característica que os diferencia é a velocidade da multiplicação das células e a capacidade de se espalhar para outros tecidos e órgãos, fenômeno chamado de metástase.

Cada célula do corpo animal tem uma função específica, contudo, quando há alguma mutação genética, seja ela causada por fatores internos ou externos, o funcionamento das células pode ser alterado. Quando essa mutação acontece no DNA dos genes denominados proto-oncogenes, eles, que antes estavam inativos, se ativam e se transformam em oncogenes. É devido a essa mutação que células normais passam a ser cancerosas (INCA, 2021).

Assim como as células normais, as células cancerosas se renovam e se multiplicam, mas, ao invés de morrerem, as células cancerosas continuam se multiplicando desordenadamente. Contudo, o processo de formação do câncer acontece lentamente e pode demorar anos até que se forme um tumor visível.

Esse processo acontece em três etapas e sofre influência dos efeitos da exposição cumulativa a agentes cancerígenos. As três etapas são: i) Estágio de iniciação, que é quando os genes são “iniciados” pela modificação genética gerada por algum agente cancerígeno; ii) Estágio de promoção, que é quando as células iniciadas são transformadas em células malignas devido a longa e continuada exposição com os agentes cancerígenos promotores ou oncopromotores (esse estágio pode ser interrompido com a suspensão da exposição aos agentes); iii) Estágio de progressão, que é quando as células se multiplicam descontroladamente. Nesse estágio, o câncer está instalado, sendo assim, o processo é irreversível e vai evoluindo até as primeiras manifestações clínicas (INCA, 2021).

Os diversos tipos de câncer se diferenciam pela sua origem, podendo ser carcinomas, que é quando o câncer se inicia na pele ou mucosas, ou seja, tecidos epiteliais; sarcomas, que é quando a doença tem origem em tecidos conjuntivos, como cartilagens, músculos, vasos sanguíneos e ossos; leucemia, que é o câncer iniciado na medula óssea e que permite a entrada de células anormais no sangue; linfoma e mieloma, que são cânceres

iniciados pela mutação de células do sistema imunológico; e cânceres do sistema nervoso central, que são aqueles que começam no cérebro ou na medula espinhal (SBC, 2016)

Etmologicamente, o termo câncer vem do grego *Karkinos*, que significa caranguejo, e foi usado a primeira vez por volta de 400 a.C para descrever um tumor cujo vasos sanguíneos estavam inchados, lembrando um caranguejo com patas enterradas na areia. O termo grego *Onkos*, que originou a palavra oncologia, faz referência a uma massa, um fardo que era carregado pelos doentes (MUKHERJEE, 2011). Apesar do seu nome ter uma origem mais recente, a primeira descrição de câncer na literatura é bem mais antiga. De acordo com Mukherjee (2011), um papiro egípcio dos anos 2.500 a.C, escrito pelo médico Imhotep, descreve 48 enfermidades, com suas anatomias, diagnósticos, sumários, prognósticos e terapias. A enfermidade 45 é descrita como uma massa saliente – dura, fria e densa – que se espalha de forma traiçoeira e silenciosa pelo debaixo da pele. Das 48 enfermidades descritas pelo papiro, a doença 45 é a única que não havia a descrição de um tratamento, ao contrário, na sessão “Terapia”, encontrava-se escrito “não existe” (MUKHERJEE, 2011).

Mais de dois milênios depois que a enfermidade 45 foi descrita, é que se há um registro na literatura de algo que se assemelhava a descrição e que poderia ser um câncer. Em 440 a.C, Heródoto, um historiador grego, transcreve o caso da rainha da Pérsia Atossa. Ela tinha um caroço no peito que sangrava e que lhe foi arrancado por um escravo grego chamado Democedes (MUKHERJEE, 2011). Esse também é o registro do que pode ter sido a primeira mastectomia do mundo. Contudo, tanto no relato de Imhotep quanto no de Heródoto, não há comprovações de que se era realmente um tumor ou, caso fosse, de que tipo era. Sendo assim, os primeiros casos de câncer comprovados, em que o tumor maligno foi preservado, aconteceram no Peru, em túmulos encontrados em um cemitério de mais de mil anos (MUKHERJEE, 2011).

Além disso, o câncer é uma enfermidade provocada por um erro durante a replicação do DNA das células, que ocasiona alterações no processo de morte celular programada (BERNADES et al, 2019) e, conseqüentemente, um acúmulo de células. O nosso organismo é programado para que haja a reparação e a manutenção das células, mas com o passar do tempo, há uma diminuição das funções celulares. Desse modo, o corpo humano vai perdendo, gradativamente, a capacidade de combater as células invasoras, nesse sentido, a idade pode ser determinante na produção de um tumor. Além disso, outro fator que faz com que a idade tenha tanta influência no desenvolvimento de câncer é a

maior quantidade de exposição a agentes cancerígenos (SILVA; SILVA, 2005; OMS, 2018).

Por mais que os médicos do século XIX associassem o câncer ao estilo corrido da vida moderna, ela “não é a causa do câncer, mas, ao prolongar a vida humana, ela o *desvela*”(MUKHERJEE, 2011, p. 57). Outro fator que favorece o aumento de registros de câncer é a possibilidade de detectá-lo. O avanço da tecnologia e das técnicas médicas permite não só detectar o câncer em seus estágios iniciais, como também os distinguir de outras enfermidades (SECOLI, 2005).

## **2.1. Câncer de mama**

O câncer de mama é um carcinoma gerado pela mutação genética de células mamárias, podendo ser hereditárias ou adquiridas, e que tem potencial de invadir outros órgãos, podendo se desenvolver lenta ou rapidamente a depender do tipo de câncer. Os principais tipos de câncer de mama são o carcinoma ductal, cuja origem é nos ductos mamários, e o carcinoma lobular, cuja origem é nos lóbulos que produzem o leite materno. Em 80% dos casos são encontrados carcinomas ductais, enquanto de 5% a 10% são carcinomas lobulares. Esses carcinomas são denominados adenocarcinomas (BRASIL, 2018).

O desenvolvimento do câncer de mama está relacionado tanto ao contato do sujeito com agentes cancerígenos, quanto a questões individuais e particulares do organismo. O estilo de vida sedentário, com excesso da ingestão de bebidas alcoólicas, gorduras, alimentos industrializados e tabaco podem aumentar a incidência de tumores, assim como tratamentos com reposições hormonais, exposição à radiação ionizante no tórax e não amamentar. Mudanças no estilo de vida, culturais, sociais e econômicas podem diminuir a probabilidade do surgimento do câncer de mama. Contudo, fatores hereditários, hormonais, reprodutivos, de idade e de raça não podem ser modificados (BRASIL, 2019). Apesar disso, apenas de 5 a 10% dos casos de câncer de mama estão relacionados a fatores genéticos e hereditários.

Mulheres acima de 50 anos são as que possuem maior probabilidade de desenvolver câncer de mama, mas, de acordo com o INCA (2022), outros fatores também são determinantes. A história reprodutiva e a maior exposição à estímulos estrogênicos, tanto endógeno quanto exógeno, é um fator de risco. Ou seja, se a mulher teve menarca antes dos 12 anos, menopausa após os 55 anos, uso de estrogênio-progesterona por meio de

contraceptivos, gravidez após os 30 e reposição hormonal de estrogênio-progesterona pós menopausa, ela tem maior probabilidade do surgimento de um tumor mamário (SILVA; SILVA, 2005; WHO, 2018; IARC, 2021).

Outro fator determinante é o comportamento/ambiente. Mulheres sedentárias, obesas ou com sobrepeso, que ingerem alimentos processados e de bebidas alcoólicas em excesso também são um grupo de risco para o desenvolvimento da doença. Mulheres que foram expostas a doses altas de radiação ionizante quando mais jovens, as que passaram por tratamento de radioterapia e as que tiveram contato com doses baixas, porém frequentes, dessa radiação, tem maior probabilidade de desenvolver câncer de mama.

Alguns dos fatores de riscos são mutáveis e podem ser controlados pelo indivíduo, mas outros, como a idade, por exemplo, não podem. O principal fator de risco imutável é ser mulher. De acordo com o INCA (2022), 99% dos casos de câncer de mama diagnosticados são em mulheres..

O câncer de mama é o carcinoma com maior incidência nas mulheres brasileiras, tendo também a maior taxa de mortalidade. Para os anos de 2023, 2024 e 2025, estima-se que haverá 73.610 novos casos de câncer de mama em mulheres, sendo 41,89 casos a cada 100.000 mulheres (INCA, 2022)

Assim como em 1/3 das neoplasias, de acordo com a OMS, o câncer de mama pode ser curado com a detecção precoce e o tratamento adequado (BOYLE; LEVIN, 2008). Portanto, a melhor forma de se aumentar a sobrevivência das mulheres com câncer de mama é pelo rastreamento e diagnóstico precoce. De acordo com Silva (2011), o diagnóstico precoce é a conscientização dos profissionais de saúde e da população acerca dos sintomas iniciais do câncer, enquanto o rastreamento consiste na realização de exames de pacientes assintomáticos. O rastreamento tem como objetivo identificar o carcinoma na fase inicial, possibilitando a mudança do seu prognóstico.

As formas mais comuns de rastreamento de câncer de mama são o autoexame e exames clínicos, exames por imagens e mamografias. O autoexame acontece quando a própria mulher toca e observa suas mamas afim de encontrar alguma alteração (CHAMORRO, 2021). De acordo com Silva (2011), esse modelo já foi muito difundido, mas não auxilia na redução dos índices de mortalidade, pois o tumor precisa estar crescido para ser identificado em mamas mais densas. O exame clínico das mamas é realizado por um profissional da saúde que apalpa e observa a mama. Ele pode ser realizado isoladamente ou em conjunto ao exame de imagens. O exame de imagem, ou ultrassonografia, é realizado

em mulheres abaixo dos 40 anos e que não tenham alto risco de terem câncer de mama, nesse grupo é recomendado que o exame seja realizado anualmente a partir dos 35 anos de idade (SANTOS et al., 2017). A mamografia é, de acordo com Souza et al. (2017), padrão ouro no rastreamento precoce de câncer de mama. Ela deve ser realizada anualmente em mulheres acima dos 40 anos e é capaz de detectar tumores em sua fase inicial. De acordo com Silva (2011), o rastreamento por meio de exames pode reduzir em até 35% a mortalidade por câncer de mama. Além de reduzir a mortalidade, o diagnóstico precoce do câncer de mama pode reduzir os efeitos físicos, psíquicos e sociais causados pelo tratamento da enfermidade.

A mastectomia, seja ela parcial, total, radical ou preventiva, é o tratamento mais indicado para o câncer de mama (LORENZ; LOHMANN, 2019). Ela consiste na retirada do tumor e da mama por meio de um procedimento cirúrgico. Na mastectomia parcial, também conhecida como quadrante, retira-se apenas a parte da mama onde o tumor se encontra. A mastectomia total é quando há a retirada de toda a mama, incluindo pele, mamilo e aréola, ela é indicada quando o tumor é pequeno e não tem possibilidade de ter espalhado. Na mastectomia radical, além de ser retirada toda a mama, também é retirado os músculos que ficam debaixo da mama e também os gânglios da axila, pois há risco de disseminação. Quando a mulher tem grandes chances de desenvolver câncer devido ao histórico familiar e genético, pode ser realizada a mastectomia preventiva. Ela consiste na retirada das duas mamas e pode acontecer antes do desenvolvimento do câncer ou para evitar que aconteça na outra mama, e também pode ser acompanhada da histerectomia, que é a retirada do útero.

Esse tipo de cirurgia tem grande impacto negativo na psique das mulheres, afinal, elas estão perdendo uma parte importante da sua sexualidade, feminilidade e maternidade. Além disso, a cirurgia pode ocorrer pré ou pós quimioterapia. A quimio é um tratamento medicamentoso que pode causar náuseas, dores, inchaço ou emagrecimento, falta ou aumento de apetite, diminuição da lubrificação e libido, dentre outros sintomas, além da queda de cabelo, cílios e sobrancelha (FAGUNDES; VACARO, 2016). Esse conjunto de perdas e mutilações pode ocasionar raiva, frustração, tristeza, reclusão social, ansiedade e depressão (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

O tratamento do câncer de mama é marcado por perdas. Além das perdas laborais e sociais que podem acontecer, a mulher também sofre a perda do cabelo e da fertilidade na quimioterapia e a perda dos seios na mastectomia. Nesse sentido, a mulher acometida

por essa enfermidade, perde, também, aspectos importantes da construção cultural da sua feminilidade. Para mais, por ser uma doença carregada de tabu e de estigmas de morte, quando recebe o diagnóstico de câncer de mama, a mulher pode sofrer antecipadamente pela possível perda da sua vida. Nesse contexto, a mulher adoecida passa por situações de ansiedade e medo que, de acordo com Santos (2017), podem ser grandes geradoras de estresse por exigirem ajustamentos físicos, psíquicos e sociais. Venâncio (2004) postula, ainda, que o câncer de mama é a doença mais temida pelas mulheres, não só pelo índice de mortalidade, mas pela mutilação e modificação da sua autoimagem (ROSSI; SANTOS, 2003).

A perda dessas partes tão importantes e significativas para a mulher, coloca ela em um estado de luto. Elizabeth Kubler-Ross (1996) definiu que existem cinco estágios característicos do processo da morte e do morrer: (1) é o choque e a negação, quando o paciente fica ciente da morte, mas se recusa a aceitar o fato; (2) é o estágio da raiva, quando o paciente se sente frustrado e irritado pelo diagnóstico, podendo descontar isso na equipe médica ou em seus familiares; (3) o estágio da barganha, que acontece quando o paciente tenta fazer trocas, seja com os médicos, família amigos ou até mesmo com as forças divinas, para que haja a cura; (4) é a depressão, aqui o paciente apresenta humor rebaixado, retraimento, desesperança e outros sintomas característicos do estado depressivo; (5) por fim, ocorre a aceitação, quando o paciente aceita o inevitável e compreende a morte como parte do processo.

Rossi (2003) ainda cita Parkes (1998) para acrescentar outros três aspectos dessa reação ao luto: a reação traumática, a resposta de pesar e a transição social. A reação traumática é a raiva, a culpa gerada pelo estresse pós traumático. A resposta de pesar consiste na necessidade de buscar e encontrar a pessoa que foi perdida. A transição social é marcada pelo desencarne do mundo idealizado e o mundo real, pela sensação de vazio e pela negação da realidade. Perder o cabelo e a mama é traumático para essas mulheres, elas sentem raiva, tristeza e até mesmo culpa por não terem evitado a doença ou por terem descoberto tarde. Ao fugirem do padrão social e culturalmente definido para o corpo feminino, elas buscam por meio do uso de perucas e das cirurgias de reconstrução mamária retornarem para as pessoas que elas eram, ou algo próximo desse mundo ideal.

Venâncio e Leal (2004) reforçam que, mais do que os problemas físicos, os problemas psicológicos advindos do diagnóstico e tratamento do câncer de mama são responsáveis pelas mudanças de ordem social, familiar, laboral e de lazer das mulheres. Os

autores citam Pollin (1995) para apresentar oito das maiores preocupações que geram sofrimento nessas mulheres, são elas: mudanças físicas, medo de abandono, raiva, morte, isolamento, falta de controle sobre suas vidas, o medo da dependência e os estigmas, além da recidiva, da progressão da doença e do sentimento de culpa.

O diagnóstico do câncer de mama muda toda a esfera social da mulher. Ela passa a frequentar ambientes que não frequentava, como os hospitais, e a equipe médica e outras pessoas com a mesma enfermidade passam a fazer parte do seu convívio. Além disso, seja por conta das limitações ocasionadas pela doença e o tratamento, como cansaço e dores, ou pela vergonha e medo de julgamento gerados pelas mutilações, elas deixam de frequentar ambientes e conviver com pessoas (FAGUNDES; VACARO, 2016). Entretanto, ainda de acordo com os autores, por mais que a mudança social tenha grande impacto psicológico nessas mulheres e o medo da morte esteja presente, a quimioterapia e a mastectomia são as grandes preocupações delas.

A mama, histórica e culturalmente, é atrelada à maternidade, a sexualidade e a feminilidade. Perder essa parte de si, ou até mesmo apenas saber que há essa possibilidade, coloca essas mulheres em um estado de luto que, de acordo com Parkes (1998) em Rossi (2003), se assemelha a reação do luto pela perda de algum ente querido. Todo esse movimento impacta nas relações sociais e afetivas dessas mulheres, mas um dos maiores impactos psicológicos é na sexualidade (FAGUNDES; VACARO, 2016). A mama é uma zona erógena na mulher, sendo assim, o toque e a carícia normalmente fazem parte do ato sexual. Quando a mulher passa pela mastectomia, além dos conflitos internos gerados pelas mudanças da autoimagem, a mulher pode enfrentar dificuldades em se relacionar com o/a parceiro/a ou até mesmo de achar algum por medo da rejeição. Quando não há uma boa comunicação entre o casal, o ato sexual pode se tornar desconfortável para mulher, pois, de acordo com Silva (2008), alguns dos efeitos secundários do câncer de mama é a menopausa precoce, a diminuição da lubrificação, excitação e desejo sexual. Tendo em vista que a mastectomia afeta não só a autoestima da mulher, mas também suas relações sociais, em 24/04/2013 a lei 12.802 foi aprovada (BRASIL, 2013), garantido que, quando houver condições médicas, o Sistema Único de Saúde (SUS) é obrigado a fazer a cirurgia plástica restauradora da mama logo após a cirurgia de retirada do tumor (FAGUNDES; VACARO, 2016).

Todas essas preocupações podem levar a depressão e ansiedade, estando presente em 20% a 30% das pacientes (VENÂNCIO; LEAL, 2004). Este estado pode variar de

acordo com a idade, com as relações sociais, níveis de escolaridade, estágio da doença, podendo aparecer desde a suspeita, mas de acordo com os autores, a depressão e a ansiedade podem não ser identificadas por terem sintomas similares aos efeitos produzidos pelo tratamento, como apatia e falta de apetite.

### **3. POSSIBILIDADES DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO CÂNCER DE MAMA E A PSICOLOGIA**

Como discorrido anteriormente, o câncer de mama é uma enfermidade marcada pelo luto. A paciente acometida por essa doença experencia o processo de luto pela perda da sua saúde, do seu emprego, das suas relações sociais, do seu cabelo, da sua mama, da sua sexualidade, fertilidade e até da sua vida (VENÂNCIO, 2004). É claro que nem todas as mulheres com câncer de mama perdem os seios ou morrem, mas a possibilidade da perda já é suficiente para lhes causar sofrimento (LORENZ; LOHMANN, 2019).

Dentro desse cenário, os cuidados paliativos se fazem extremamente necessários. Esse modelo de abordagem não tem como objetivo a cura, mas sim proporcionar bem estar para a paciente adoecida. Assim sendo, eles devem ser iniciados o mais rápido possível. De acordo com Nery (2019), os cuidados paliativos acontecem concomitantemente ao tratamento modificador da doença, entretanto, a depender da fase em que o quadro clínico se encontra, um sobressai ao outro. Apesar ds cuidados paliativos terem maior foco na fase terminal, quando não há mais possibilidade de modificar o quadro clínico (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015), ele deveria estar presente desde o diagnóstico.

De acordo com as diretrizes dos cuidados paliativos, os profissionais da saúde devem promover o alívio do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual, tanto para a paciente quanto para família, além de afirmar a vida e promover a autonomia da mulher adoecida (BRASIL, 2018). Para tanto, é preciso que haja comunicação afetiva, sincera, clara e assertiva na triade paciente, família e equipe de saúde.

No processo de adoecimento, a clareza e o conhecimento acerca da situação que a paciente está vivendo, é primordial para a aceitação da sua condição, na adesão e permanência da mulher no tratamento (TORRES, 2018). O médico é o responsável pela comunicação de más notícias. Portanto, desde o diagnóstico até a terminalidade, é preciso que ele tenha uma fala equilibrada, respeitosa, tolerante e sincera. Além disso, aquele que comunica – seja o médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, ou qualquer outro membro da equipe de saúde – deve levar em conta os valores e a cultura do paciente e da sua família (IGLESIAS, 2016).

De acordo com Iglesias (2016), no momento do diagnóstico, ou de qualquer outra má notícia, a equipe de saúde, especialmente o psicólogo, deve preparar o ambiente e o paciente e sua família para o assunto delicado. Para tanto, ele deve usar uma linguagem simples e objetiva; ser realista, mas esperançoso; demonstrar empatia pela dor da mulher

adoecida e sua família; verificar como eles se sentiram com a notícia e sanar as dúvidas que tenham ficado, assegurar que a mulher e sua família terão suporte emocional necessário e a continuidade do cuidado.

Tendo isso posto, o profissional da psicologia que trabalha em cuidados paliativos, deve ofertar uma escuta clínica, afim de facilitar a elaboração das vivências advindas do adoecimento, da morte e do luto, para que tanto a paciente quanto a família sejam capazes de falar sobre a situação (CARVALHO; PARSONS, 2012). Além disso, o principal objetivo do psicólogo nessa área é “atuar nas desordens psíquicas que geram estresse, depressão e sofrimento, fornecendo um suporte emocional à família que permita a ela conhecer e compreender o processo da doença nas suas diferentes fases” (EDINGTON, AGUIAR, SILVA, 2021 p.401) .

Assim sendo, o papel do psicólogo vai além de atuar diretamente nas desordens psíquicas das mulheres, como em casos de depressão e ansiedade. Ele tem função essencial na comunicação entre a família, o paciente e a equipe de saúde.

O câncer de mama, em especial nas mulheres, ocasiona grande desordem, sejam elas físicas, psíquicas ou sociais. A mulher passa por dores e mutilações, vivencia sentimentos de raiva, culpa, estresse, ansiedade, depressão, entre outras, além de haver modificações nas relações sociais e nos papéis que ela desempenhava em seu meio. Nesse contexto, toda a equipe de saúde e os familiares da paciente devem estar empenhados em proporcionar para essas mulheres a melhor qualidade de vida possível.

Entende-se qualidade de vida, de acordo com Kóvasc (1999 *apud* ANGERAMI, 2020), quando “pensa-se em dignidade em respeito à pessoa, possibilidade de autonomia e controle sobre sua própria vida” (KÓVASC, 1999, p.46). Ou seja, ela está atrelada a diminuição do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual e a humanização da paciente, sem que ela seja reduzida a doença (NERY, 2019), por meio da escuta afetiva, acolhimento, alívio dos sintomas, da autonomia e do não abandono.

Um dos princípios dos cuidados paliativos é a prevenção e a diminuição da dor. De acordo com Kubler-Ross (2003), a prioridade é o conforto físico. De acordo com a autora, o controle dos sintomas, especialmente da dor, é essencial para que haja apoio psicológico e emocional (KUBLER-ROSS, 2003 *apud* NERY, 2019), assim sendo, ele é o ponto inicial para os outros cuidados.

Iglesias (2016) desenvolveu conceito de dor total, que é a dor física, social, mental e espiritual, experimentada não só pela paciente com câncer de mama, mas também pela

família e equipe médica. O tratamento do câncer de mama é marcado pela dor total. A mulher passa por diversos exames invasivos e dolorosos, por cirurgias, quimio e radioterapia; há o afastamento dos seus ciclos sociais e mudanças em suas funções sociais, além de possíveis questionamentos e conflitos com a espiritualidade que a permitiu estar nessa situação. Tudo isso gera diversos sentimentos de valência negativa que precisam ser manejados especialmente pelos psicólogos.

Os membros da equipe de saúde, ao manejarem a dor, especialmente física, devem buscar identificar a localização, duração, frequência, intensidade e os sintomas associados (IGLESIAS, 2016). Ainda de acordo com o autor, eles devem proporcionar o alívio, por meios farmacológicos ou não; facilitar a comunicação/expressão da dor; apresentar estratégias de enfrentamento; antecipar e prevenir os sintomas; identificar os impactos emocionais e sociais da dor. De-Farias (2020) aponta que é de suma importância que os sintomas e problemas sejam tratados precocemente, pois eles se tornam mais difíceis de serem solucionados ao fim da vida.

A quimioterapia e a mastectomia são momentos de grande dor física e psicológica. Diretamente com as mulheres com câncer de mama o psicólogo pode atuar propiciando um ambiente seguro e acolhedor para que elas falem sobre seus medos, fantasias e vivenciem esse luto de maneira antecipada, o que pode vir a diminuir o impacto negativo desses processos psicológicos das pacientes (GUIMARÃES; FARIA, 2022).

Nesse momento do tratamento é muito importante que a mulher adoecida esteja amparada tanto pela equipe de saúde quanto pela sua rede de apoio. É também papel do psicólogo orientar e instrumentalizar a rede de apoio dessa paciente, explicando sobre as repercussões emocionais de maior ocorrência nessas mulheres e como todos podem atuar nesse momento.

Dentre os efeitos fisiológicos, a perda do cabelo e da mama tem grande impacto nas relações sociais dessas mulheres. Elas tendem a ficar com baixa autoestima, com medo de julgamentos e da rejeição, além de se sentirem envergonhadas, por isso podem ficar reclusas, evitar lugares públicos, o contato com seus conjugues e até mesmo evitarem se olhar no espelho (LORENZ; LOHMANN). De acordo com Wanderley (1994) *apud* Rossi (2003), as pacientes que passaram pelo tratamento de câncer de mama “sentem-se envergonhadas, mutiladas e sexualmente repulsivas” (WANDERLEY, 1994, p.95). Sob essa perspectiva, os(as) parceiros(as) amorosos e sexuais das mulheres com câncer de

mama precisam ser informados e orientados sobre essas mudanças que são esperadas, auxiliando na ressignificação da intimidade sexual diante desse novo corpo.

É muito importante considerar que, quando a mulher é diagnosticada com câncer de mama, as pessoas a sua volta também sofrem o impacto da doença. Os papéis sociais são trocados, certos ambientes são evitados e os hospitais passam a fazer parte da rotina. A alimentação, o físico e o humor também sofrem alterações, ciclos pessoais são trocados, dentre outras modificações que impactam aqueles que estão a sua volta.

É de suma importância que os familiares façam parte da equipe de cuidados da mulher com câncer de mama, a fim de que eles estejam cientes da situação em que ela se encontra e possam auxiliar na tomada de decisão. Contudo, é mais importante ainda que esses familiares também sejam assistidos pela equipe de saúde.

Assim como a comunicação assertiva, sincera e empática proporciona adesão da paciente ao tratamento, ela também diminui a angústia da família, aumenta a aceitação do quadro clínico e facilita o processo de luto (ANGERAMI, 2020). De acordo com Guimarães e Farias (2022) compreender, humanizar e acolher as demandas trazidas pela família dessas pacientes, é uma forma de garantir que a saúde mental dos familiares esteja resguardada durante o tratamento e na possível morte.

Reigada (2014) salienta que o principal objetivo dos profissionais em cuidados paliativos para com a família é auxiliá-la a cumprir seu papel de cuidadora. A família precisa ter consciência de que os papéis exercidos antes pela mulher, agora adoecida, não serão mais cumpridos - ao menos não como eram. É preciso também que eles estejam cientes sobre a doença e os medicamentos, além de estarem presentes nos momentos de intervenções dolorosas. Contudo, a principal habilidade a ser desenvolvida pelos familiares no processo do adoecimento é a comunicação verdadeira. Não omitir informações sobre o quadro clínico da paciente é essencial.

Arantes (2016) relembra que “as famílias pensam que poupam seus amados quando mentem, sem saber que seus amados também mentem para poupá-los” (ARANTES, 2016, p.95). Isso significa que quando os familiares não falam abertamente sobre o adoecimento, as pacientes tendem a achar que eles não são capazes de tolerar a verdade, portanto, fantasiam sobre a realidade. Essa cumplicidade disfuncional do sistema familiar não auxilia na saúde da paciente, pelo contrário, aumenta o sofrimento de todos.

A participação da família no processo do adoecer também é primordial para garantir a autonomia da paciente doente. Respeitar suas escolhas e desejos frente aos próximos

passos do tratamento proporcionam melhor qualidade de vida a mulher adoecida e, conseqüentemente, uma melhor morte.

Dentro desse cenário, Reigada (2014) pontua algumas formas de apoio a família em cuidados paliativos, são elas: i) facilitar a reorganização e adaptação dos papéis dentro do ciclo social da paciente, possibilitando que o cuidado não se restrinja apenas a um membro da família; ii) otimizar as potencialidades dos membros da família, a fim de melhorar a comunicação e a resolução de conflitos; iii) mediar situações de conflito e de negociação; iv) facilitar a comunicação entre os familiares; v) apoiá-los e encorajá-los a expressar seus sentimentos e emoções; vi) intermediar a comunicação entre crianças e membros com maior dificuldade de compreensão; vii) prevenir situações de isolamento e solidão, tanto da paciente quanto dos familiares; viii) intervir em situações que podem gerar luto complicado.

Outro princípio dos cuidados paliativos é que ele não é realizado apenas no hospital. Além de estar presente em todos os níveis de atenção à saúde (ANGERAMI, 2020), os cuidados paliativos podem ser ofertados no domicílio. Os cuidados domiciliares tendem a humanizar a paciente por meio do amparo afetivo despendido dos familiares e a participação ativa deles nos cuidados (QUEIROZ, 2013).

Para que esse tipo de intervenção aconteça, é preciso que haja monitoramento, controle e prevenção dos sintomas, especialmente a dor, e cuidados espirituais e psicossociais (DUARTE, 2013). Ainda segundo o autor, os cuidados paliativos domiciliares só podem acontecer em casas com condições mínimas de higiene e alimentação; mais de um membro da família deve ser responsável por compreender e executar as orientações dadas pela equipe de cuidados paliativos, que acompanha o caso; e deve ser desejo do paciente e do cuidador.

Rubem Alves, escritor brasileiro, traz em sua crônica “A Morte e o Morrer”, publicada em 2003 na Folha de São Paulo, a seguinte inquietação:

Mas tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza. Mas a medicina não entende. (RUBEM ALVES, 2003, n.p)

Assim como o cronista aponta, o ambiente hospitalar é solitário e invasivo. Ser cuidado em casa, quando já não há mais possibilidade de reversão do quadro, permite que a mulher acometida pelo câncer de mama esteja perto dos seus. De acordo com Arantes

(2016), laços podem ser quebrados ou restabelecidos durante o processo do adoecimento. O contato mais próximo com seus familiares possibilita a resolução de conflitos, esclarecimento de desejos pós-morte, alívio da dor ocasionada por intervenções clínicas que não terão resultado, além de dar autonomia para a mulher adoecida. Saber que o seu ente querido está sendo bem cuidado e sem sofrimentos desnecessários facilita o processo de luto da família (CAVALCANTE, 2022). Em sua crônica, Rubem Alves ainda diz “Nos braços daquela mãe o morrer deixa de causar medo”. Na presença da sua família, a morte e o luto se tornam menores.

A participação ativa do psicólogo, assim como de toda a equipe de saúde, nos cuidados paliativos de mulheres com câncer de mama em todas as etapas do adoecimento é de grande importância. Contudo, é na fase terminal, quando a doença já está avançada e sem possibilidade de mudança no quadro clínico, que esse modelo de intervenção se torna ainda mais presente e necessário.

O avanço da tecnologia trouxe inúmeros benefícios para a sociedade, mas também veio acompanhada da negação da morte. Agora, com tantas possibilidades de cura, a morte, que na Idade Média era vista como algo sagrado e divino (MONTES, 2012), hoje passa a ser vista como errada e profana. Dentro dessa sociedade que abomina a morte, morrer se tornou sinônimo de fracasso. As intervenções médicas deixam de ter como objetivo proporcionar qualidade de vida e passa a ter como meta a cura e a manutenção da vida a todo custo.

Arantes (2016) ressalta que “morrer é um processo que jamais poderá ser interrompido, mesmo que façam tudo que a medicina oferece. Se o processo ativo da morte se inicia, nada conseguirá impedir seu curso natural” (ARANTES, 2016, p. 83). Os cuidados paliativos então, sabendo que nada pode ser feito para impedir a terminalidade da vida, sendo terminalidade a condição clínica acarretada por uma doença grave, sem controle, sem cura e que não pode ter seu curso modificado (ARANTES, 2016), busca auxiliar o paciente a viver da melhor maneira possível.

Todo e qualquer ser vivo tem um número limitado de dias. Contudo, ao serem diagnosticadas com câncer de mama, as mulheres se veem diante da sua finitude, mas ainda há tratamento e esperança da recuperação. Quando o quadro clínico avança e não há mais possibilidade de cura ou reversão, o confronto com esses números limitados é ainda mais intenso. A mulher adoecida e sua família vivenciam novamente um processo de luto. A

negação, raiva, barganha e a depressão estão presentes até que seja possível aceitar que se está morrendo.

Aceitar essa condição, permite que a mulher e os seus familiares passem pelo processo de luto antecipatório. Esse processo é importante para que a perda e a angústia sejam elaboradas (GUIMARÃES; FARIA, 2022). Esse é um momento importante, também, para resoluções de conflitos e realizações de sonhos e metas. Arantes (2016) pontua que é comum que pacientes terminais relatem ter cinco grandes arrependimentos. São eles: não terem vivido a vida para eles e sim para os outros; não terem expressado verdadeiramente os seus sentimentos; terem vivido apenas para trabalhar; não terem estado tão perto dos amigos e familiares e não terem feito de si pessoas felizes.

Dentro dos nossos dias limitados, apesar de não saber o quanto ainda nos resta, nós temos a sensação de ter tempo para mudar e para corrigir aquilo que gera arrependimento. Quando a paciente está em fase terminal do câncer de mama, mesmo sem saber se ela irá durar uma semana, um mês, um ou cinco anos, tendo em vista que “terminalidade não é tempo” (ARANTES, 2016, p.82), a sensação é de falta de tempo. É como se o relógio parasse. Ou melhor, regredisse.

Nesse cenário, a fim de proporcionar não só uma boa morte, como também uma boa vida, os profissionais em cuidados paliativos, trabalham com a autonomia dessas mulheres. Elas não podem controlar a morte, mas podem controlar, dentro das suas limitações, a sua vida. Psicólogos, assistentes sociais, capelão e toda equipe de saúde, trabalham para que essas mulheres consigam expressar verdadeiramente seus desejos e sentimentos, para que elas vejam e estejam ao lado das pessoas que amam, para que falem sobre bons momentos da sua vida, que entrem em contato com a sua espiritualidade, etc. Eles trabalham para que elas possam realizar sonhos.

Como exemplo literário, podemos citar o livro “A Culpa É Das Estrelas”, do escritor norte-americano John Green, a protagonista Hazel Grace, uma adolescente de dezessete anos que está em fase terminal de câncer no pulmão, sonha em ir para Amsterdã, juntamente com seu namorado, Augustus Waters, que também está na fase terminal de um câncer, para conhecer o autor do livro favorito de Hazel. Depois da equipe médica analisar todas as possibilidades, eles concluem que a melhor opção é que eles façam a viagem apesar dos riscos, afinal, “é a vida dela” (GREEN, 2012, p. 85). Apesar de ser uma obra de ficção, esse movimento da equipe médica de se preparar, analisar malefícios e benefícios da situação, é um tipo de intervenção em cuidados paliativos.

Ter um bom fim de vida proporciona uma boa morte. Saber que o ente querido teve uma boa vida e, especialmente, uma boa morte, facilita o processo de luto dos familiares e amigos. Desse modo, ao evitar intervenções dolorosas que não mudaram o quadro clínico da paciente; proporcionar um ambiente de comunicação clara e verdadeira entre paciente, família e equipe médica; intervir em resoluções de conflitos; possibilitar a realização de metas e sonhos; auxiliar a família em processos burocráticos; permitir que a paciente entre em contato com sua religião e espiritualidade, etc, a equipe de saúde em cuidados paliativos humaniza a morte e a própria paciente.

A perda é um momento difícil e doloroso para aqueles que ficam. A criminalização da morte tornou o ser humano egoísta e apegado a presença do outro, mesmo que haja muito sofrimento. Em casos terminais de câncer de mama, quando a morte inicia seu processo, há muito sofrimento. Por isso é de suma importância que os profissionais de cuidados paliativos, especialmente psicólogos, assistentes sociais e assistentes espirituais ou capelões, acompanhem os familiares enlutados.

Uma família bem assistida durante o tratamento tende a passar pelo processo de luto com maior facilidade, mas isso não significa que eles estão imunes às complicações e dificuldades acarretadas pela morte de um ente querido. Ter um espaço confiável e seguro para falar sobre suas dores e medos permite que eles cheguem mais tranquilos na fase da aceitação, como preconizada por Kubler-Ross (1996).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao ser diagnosticada com câncer de mama, a mulher é colocada diante de grande estresse, conflitos, dores e perdas. Ela entra em confronto com a finitude da vida, o que se intensifica com o avanço da doença. As angustias, dúvidas e medos não são vividos apenas pela mulher adoecida, pois a enfermidade modifica e impacta as relações sociais dessas mulheres. Nesse sentido, os seus familiares e amigos também vivem o processo do adoecimento e precisam se adaptar a nova rotina gerada pelas visitas em hospitais e mudanças de papel. Além disso, a mulher também sofre com a perda da sua autoimagem devido às mutilações acarretadas pelo tratamento como a mastectomia e a perda do cabelo, o que também influencia na sua sexualidade e relações pessoais.

Nesse cenário, os cuidados paliativos aparecem com o intuito de amenizar ou evitar os sintomas físicos, psíquicos e os impactos sociais acarretados pelo câncer. Cada membro da equipe multidisciplinar busca em sua área formas de proporcionar para a mulher adoecida e para sua família uma melhor qualidade de vida e de morte, caso o quadro clínico não possa mais ser revertido.

Dentre os profissionais da equipe, dá-se destaque para a atuação do psicólogo que, de acordo com Nery (2021) “deve atuar na equipe com o intuito de desenvolver repertório comportamental no paciente, em sua família e na equipe de saúde que os atendem” (NERY, 2021, p. 84.). Nesse sentido, ele acolhe, intervém e articula com a equipe questões subjetivas do doente afim de promover bem-estar psíquico para os envolvidos, especialmente para que o doente tenha uma boa vida durante todo o seu adoecimento, até a possível morte.

O psicólogo tem função psicoeducativa, para que o doente e a sua família, procurem formas de trabalhar seus sentimentos e questões relacionadas a ideia da morte. É função do psicólogo em Cuidados Paliativos: amenizar o sofrimento do paciente até a sua morte e possibilitar uma melhor qualidade de vida; disponibilizar assistência ao paciente e à família, mesmo após a morte; sensibilizar a equipe que está em contato direto com o paciente; usar técnicas de esclarecimento para sanar dúvidas dos pacientes e da família; ser a ponte entre o paciente, a família e a equipe, pois ele tem uma aproximação mais direta com os envolvidos; trabalhar os processos do morrer e do luto; acompanhar o médico na comunicação de más notícias, dentre outras (ALVES *et al*, 2019).

Apesar dos benefícios, as intervenções em cuidados paliativos no Brasil ainda não são executadas da melhor maneira. Tendo em vista que a modernidade e o avanço da

tecnologia tiraram a humanidade da morte, as práticas em saúde são voltadas para a cura e não para o bem o estar. Mesmo que a mulher já esteja na fase terminal, ela é submetida à exames invasivos, terapias dolorosas, internações longas e solitárias, sem que haja o respeito a sua autonomia e humanidade.

Ainda que necessário desde o diagnóstico, os cuidados paliativos são essenciais ao fim da vida. Possibilitar uma boa vida para as mulheres com câncer de mama é possibilitar, também, uma boa morte e um melhor processo de luto. Trabalhar a comunicação efetiva e verdadeira, a resolução de conflitos pessoais e burocráticos, diminuição dos sintomas físicos, possibilitar o contato com a espiritualidade e a realizações de metas e sonhos, facilita a aceitação da morte tanto da paciente quanto da família. Por conseguinte, os profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos precisam de treinamento para aprimorar suas habilidades de comunicação e para lidar com aspectos referentes a diminuição de sintomas; ter apoio psicológico e social para enfrentar e aceitar, juntamente com a família, a perda da mulher; ser preparado para educar tanto o paciente quanto a sua família a respeito da doença, dos sintomas e dos desdobramentos do processo.

A filosofia dos cuidados paliativos ainda é recente, tendo chegado no Brasil apenas há 30 anos. De acordo com Arantes, em 2016 haviam 180 serviços de cuidados paliativos no Brasil, sendo a maioria públicos, ao passo que nos Estados Unidos haviam mais de 4 mil (ARANTES, 2016). O que se pode inferir disso é que esse modelo de intervenção ainda anda a passos lentos no país. Esse fato também é verificado nas bibliografias disponíveis. O que se percebe é que os cursos das áreas da saúde ainda não trabalham cuidados paliativos em suas grades. Outro fator observado é que o a morte, o morrer e o luto ainda são grandes tabus a serem discutidos e quebrados dentro da sociedade, especialmente nos hospitais, onde ela é vista como um fracasso.

Humanizar a morte é, também, humanizar a vida, afinal, a morte é um efeito colateral de se estar vivendo, assim como a vida é um efeito colateral de se estar morrendo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AITKEN, E. V, P. O papel do assistente espiritual na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.364-365
- ALVES, R.S.F.; CUNHA, E.C.N.; SANTOS, G.C.; MELO, M.O. (2019). Cuidados Paliativos no Fim da Vida. **Psicologia: Ciência e Profissão** 2019 v. 39, e185734,1-15.
- ALVES, R. A Morte e O Morrer (2003). Folha de São Paulo, São Paulo 2003 Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1210200309.html> Acesso em 02 fev 2023.
- ANDRADE, L. O papel do assistente social na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.341-344
- ANGERAMI, V. A. **E a psicologia entrou no hospital**. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2020.
- ARAÚJO, I. M. D. A.; FERNANDES, A. F. C. (2008). O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Escola Anna Nery**, 12, 664-671.
- BERNARDES, N.B. et al. Câncer de mama x diagnóstico. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 13, n. 44, 2019. Disponível em <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1636>. Acesso em 28 de dezembro de 2022.
- BOYLE,, P.; LEVIN, B.(ed.). **World cancer report 2008**. Lyon: IARC Press; 2008. 510 p.
- BRAGA, F. C; QUEIROZ, E. Cuidados Paliativos: o desafio das equipes de saúde. **Psicologia USP**, São Paulo, 2013 24(3), 413-429.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Cofen. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília, DF: Cofen, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Resolução nº 41**, de 31 de outubro de 2018. Brasília, 2018.
- CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Orgs.). **Manual de cuidados paliativos** (2ª ed.). ANCP. 2012. <http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
- CAVALCANTE, T. T. R.; DE SOUZA, M. A.; ALVARENGA, E. C. Psicologia e cuidados paliativos na atenção domiciliar à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Nufen**. Vol .14– N. 3 – 2022. Publicado em 24 dez 2022

CHAMORRO, H. M; COLTURATO, P. L; FATTORI, N. C. M. Câncer de mama: fatores de risco e a importância da detecção precoce. **Revista Científica Eletrônica De Ciências Aplicadas Da Fait**. N. 1. Maio, 2021.

1. CONSOLIM, L.O. O papel do médico na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.333-334

2. DA SILVA, K. K.; BARRETO, F. A.; DE CARVALHO, F. P. B.; DA SILVA CARVALHO, P. R. (2020). Estratégias de enfrentamento após o diagnóstico de câncer de mama. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 33, 1-10.

DE ANDRADE, B. A; SERA, C. T N. O papel do fisioterapeuta na equipe In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.353-357

DE-FARIAS, A. K. C. R. . Cuidados Paliativos: Para que e para quem servem. [post em blog]. Retirado de <https://inpaonline.com.br/blog/cuidados-paliativos-para-que-e-para-quem-servem/>. Acesso em 31 jan. 2023.

DUARTE, I. V; FERNANDES, K.F; FREITAS, S.C de. Cuidados paliativos domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 73-88, dez. 2013 .

EDINGTON, R. N.; AGUIAR, C. V. N. A A Psicóloga no Contexto dos Cuidados Paliativos: Principais Desafios. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 10, n. 3, p. 398-406, nov. 2021

FAGUNDES, M. K. V.; VACCARO, M. M. Mastectomia radical e sua influência sobre a vivência da sexualidade feminina. **Uningá Review**, 25(1), 2016.

FERNANDES, E. A. O papel da nutricionista na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.345-352

FIRMINO, F. O papel do enfermeiro na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.335-336

GOIÁS. Secretaria de Estado da Casa Civil. **Lei N° 19.723** de 10 de julho de 2017. Goiás, 2017

GREEN, J. (2012). **A culpa é das estrelas**. Trad. Renata Pettengill. Rio de Janeiro: Intrínseca.

GUIMARÃES, K.; FARIA, H. Contribuições da psicologia nos cuidados paliativos. **Cadernos de Psicologia**, 4(7), [2022](#).

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(9):2577-2588, 2013

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Atlas da mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade> Acesso em: 17 dez 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Fatores de Risco** Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/fatores-de-risco#:~:text=Mulheres%20mais%20velhas%2C%20sobretudo%20a,de%20desenvolver%20c%20cancer%20de%20mama>. Acesso em: 15 dez 2022

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama> Acesso em 15 dez 2022

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa** Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa> Acesso em: 25 nov 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Incidência** Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/dados-e-numeros/incidencia>. Acesso em: 20 dez 2022

MONTES, I. M. F. **O paciente com câncer avançado: sofrimento psicológico, recursos de enfrentamento e cuidados paliativos**. 2012. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em psicologia) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, [S. l.], 2012.

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. Trad. Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

LORENZ, A. S.; LOHMANN, P. M.; PISSAIA, L. F. Impactos da mastectomia em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em relação à autoimagem. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 8, n. 7, pág. e8871099, 2019. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/1099>. Acesso em: 10 dez. 2022.

MACHADO, M. X.; SOARES, D. A.; OLIVEIRA, S. B.. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. Physis, 2017 27(3), jul. 2017.

MACIEL, M.G.S, Organização de Cuidados Paliativos, In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.94-112

MATOS, J. C, BORGES, M. S et al. A família como integrante da assistência em cuidado paliativo. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, 12(9):2399-406, set., 2018

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A mulher e o câncer de mama no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede** – 3. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. / **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

MUKHERJEE, S. O imperador de todos os males: uma biografia do câncer. **São Paulo: Companhia das Letras**. 2011

NERY, L. B., DE-FARIAS, A. K. C. R., & FONSECA, F. N. (2021). Cuidados Paliativos no Contexto da Oncologia Pediátrica: Uma revisão da literatura. **Psicologia em Processo**, v. 1, n. 1, p. 79-89, 2021

NUNES, L.V. O papel do psicólogo na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.337-340

OLIVEIRA, D. A. J. Políticas de saúde e diagnóstico precoce do câncer de mama no Brasil. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v. 4, n. 1, 2019.

OTHERO, M. B. O papel do terapeuta ocupacional na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.361-363

PINTO, A.C. O papel do fonoaudiólogo na equipe. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.358-360

QUEIROZ, A. H. A. B; PONTES, R. J. S; SOUZA, Â. M. A; RODRIGUES, T. B Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, p. 2615-2623, 2013.

REIGADA, C; PAIS-RIBEIRO, J.L; NOVELLAS, A; PEREIRA, J.L. O Suporte à Família em Cuidados Paliativos/Family Support in Palliative Care. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 13, n. 1, p. 159-169, 2014.

3. RODRIGUES, L.F. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.86-93

4.

ROSSI, L; SANTOS, M. A. D. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 23, p. 32-41, 2003.

RODRIGUES, L. A; LIGEIRO, C; SILVA, M. D. Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade: indicação e início do processo de palição. **CuidArte, Enferm**, p. 26-35, 2015.

SECOLI, S. R, PADILHA, K. G, LEITE R de CB de O. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões para a prática de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 331-337, 2005.

SILVA, L. C. D. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em estudo**, v. 13, p. 231-237, 2008. SILVA, M. M.; SILVA, V. H. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. **Arquivos médicos do ABC**, v. 30, n. 1, 2005. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/amabc/article/view/273>. Acesso em: 27 dez 2022.

SILVA, R. C. F. da; HORTALE, V. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê?. **Rev. bras. cancerol**, p. 67-71, 2012.. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1429>. Acesso em: 28 dez. 2022.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O.. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, 2014 17(1), jan. 2014.

SOUZA, N.H.A. et al. Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no Nordeste Brasileiro. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. 2, 2017.

TEIXEIRA, M. A.; REZENDE, M. R. C.; LAVOR, M. F.; BELÉM, R. N.; CARRULLO, M. A. G. Implantando um serviço de suporte terapêutico oncológico STO. **Rev. bras. cancerol**, p. 65-87, 1993.

SANTOS, I. D. D. L; ALVARES, R. B; LIMA, N. D. M; MATTIAS, S. R; CESTARI, M. E. W; PINTO, K. R. T. D. F. Câncer de mama: o apoio recebido no enfrentamento da doença. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3222-3227, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110187/22070>. Acesso em: 29 dez. 2022.

TORRES, A. A. Cuidados paliativos: a atuação do psicólogo com pacientes com câncer sem expectativa de vida. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 6, p. 361-376, 2018.

5.

VENÂNCIO, J. L. (2004). 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.