

CÂNCER E O PACIENTE EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO: PERCEPÇÕES DO FAMILIAR CUIDADOR¹

CANCER AND THE PATIENT IN ONCOLOGIC TREATMENT: FAMILY CAREGIVER PERCEPTIONS

Jussara Lara Evangelista de Paulo Dal Ongaro² e Marcele Pereira da Rosa Zucolotto³

RESUMO

A proposta deste trabalho é focar-se nos familiares cuidadores de pacientes com câncer, tratando-se de investigar como eles enfrentam e vivenciam essa experiência de cuidar, considerando-os personagens de fundamental importância para o tratamento oncológico. Para isso, foram entrevistados cinco familiares cuidadores em uma casa de apoio do interior do estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo qualitativo, cujos dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. Dos resultados obtidos, percebe-se que o momento do diagnóstico é o mais impactante e de difícil manejo por parte dos familiares cuidadores. Também, foram encontradas muitas dificuldades relativas a esse cuidado, mas alguns importantes benefícios foram evidenciados no decorrer desse processo. Espera-se que esta discussão possa contribuir para refletir sobre o papel da Psicologia diante dessa importante relação de cuidado, buscando contribuir, portanto, para a prática psicológica na área da saúde.

Palavras-chave: família, psicologia, enfrentamento.

ABSTRACT

The purpose of this study is to focus on the family caregivers of cancer patients, trying to investigate how they face and live this experience of caring, considering them characters of fundamental importance for cancer treatment. For this, five family caregivers were interviewed in a support house in the interior of the state of Rio Grande do Sul. This is a qualitative study, and the data were analyzed through content analysis. From the results obtained, it is noticed that the moment of diagnosis is the most impactful and difficult to handle by the family caregivers. Many difficulties were also encountered regarding this care, but some important benefits were evidenced in the course of it. It is hoped that this discussion may contribute to reflect on the role of Psychology in the face of this important relationship of care, seeking to contribute, therefore, to the psychological practice in the health area.

Keywords: family, psychology, confrontation.

¹ Trabalho Final de Graduação - TFG.

² Acadêmica do curso de Psicologia - Centro Universitário Franciscano. E-mail: jussaradalongaro@gmail.com

³ Orientadora. Docente do curso de Psicologia - Centro Universitário Franciscano. E-mail: marcelepr@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Atualmente, o câncer é considerado uma das maiores causas de enfermidade no mundo e uma doença que traz consigo grande temor, sendo associado, na maioria das vezes, à dor e à morte. Na sociedade, o câncer assombra e pode causar sérios sofrimentos aos pacientes e seus familiares (BRASIL, 2015). Nesse sentido, há uma grande preocupação em relação a essa patologia, que vem sendo tratada como um problema de saúde pública devido à grande ocorrência e por ser uma doença estigmatizada, cujo primeiro impacto está relacionado à ameaça de morte (LOPES, 1996). Segundo Landskron (2008, p. 12),

Hipócrates de Cós utilizou a palavra *karkinos*, que significa câncer, em latim, e caranguejo, em português, para nomear um determinado tipo de tumor de mama que produzia projeções e vasos sanguíneos no seu entorno, similares às extremidades radiadas do crustáceo.

As causas da doença podem ser internas ou externas. As internas são relacionadas, geralmente, a questões genéticas, fazendo com que o indivíduo seja suscetível à doença e também ao processo de envelhecimento. Já os fatores externos estão associados a estilo de vida de cada indivíduo, uso de drogas, má alimentação, estresse, entre outros que são considerados aspectos psicossociais, pois influenciam o aparecimento da doença por se tratarem de aspectos estressores, afetando o sistema imunológico (BRASIL, 2015).

A proposta, neste trabalho, é focar no familiar cuidador dos pacientes com câncer, tratando-se de investigar como ele enfrenta e vivencia essa experiência de cuidar. Considerando-se que, em muitas pesquisas, o foco é voltado apenas para o próprio doente, seus sofrimentos e suas estratégias de enfrentamento da doença, considera-se relevante o estudo que busque focar o familiar que cuida esse doente. O familiar cuidador também acaba se defrontando com a situação de ter de enfrentar a doença na família e, além disso, muitas vezes, deve se colocar como principal suporte nos momentos estressantes e angustiantes nos quais a doença se manifesta (BECK; LOPES, 2007), necessitando, em alguns casos, de cuidados e auxílio para enfrentar as dificuldades encontradas no ato de cuidar.

Buscou-se identificar de que maneira o cuidador lida com o desgaste físico e emocional durante o processo de tratamento do câncer de seu familiar. Foram analisados, ainda, os fatores que influenciaram a escolha do principal cuidador, como essa família chegou a tal escolha, quais foram as mudanças na rotina da família e como eles enfrentam esse momento de grandes alterações. Além disso, buscou-se compreender de que maneira o familiar cuidador vivenciou o momento do diagnóstico e a angústia, a ansiedade e, muitas vezes, a possibilidade de perda desse ente querido.

Estudos mostram que não são poucos os impactos da doença sobre a família. Nesse sentido, Urbano (2004), ressalta o estresse que é gerado em decorrência do diagnóstico, do sentimento de incerteza em relação ao tratamento, da hospitalização, da mudança na rotina da família. Kohlsdorf e

Costa Junior (2008) mostram que a doença produz alterações na dinâmica familiar e na rotina pessoal, nos comportamentos, além de dúvidas, ansiedades, medos e perdas.

O desenvolvimento de pesquisas sobre o câncer e seu tratamento vem contribuindo para proporcionar maior qualidade de vida aos pacientes e, conseqüentemente, a seus cuidadores, fazendo com que o diagnóstico não seja tão impactante. A motivação por este estudo surge em função da importância de a Psicologia direcionar o olhar para aquele que cuida do paciente com câncer, visto que também está diretamente implicado com a doença, podendo manifestar sofrimentos.

Espera-se que esta discussão possa contribuir para refletir sobre o papel da Psicologia diante dessa importante relação de cuidado, buscando subsidiar, portanto, para a prática psicológica na área da saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Para os objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa qualitativa, tendo em vista que se buscou abordar os sentidos expressos pelos participantes relacionados à vivência do familiar cuidador do paciente em tratamento oncológico.

Segundo Minayo (2002), na pesquisa qualitativa, o pesquisador traduz os sentimentos, as experiências de vida, as histórias contadas pelo investigado. A escolha por essa abordagem de pesquisa se deve, portanto, à possibilidade de interagir com o sujeito da pesquisa, podendo ser aprofundadas as questões e vivências trazidas pelo entrevistado.

A pesquisa foi realizada em uma casa de amparo assistencial a pessoas em tratamento oncológico e seus familiares. A casa localiza-se no interior do estado do Rio Grande do Sul e atende à demanda de usuários de vários municípios do estado. Essa entidade ampara pessoas em tratamento oncológico e seus familiares em situação de vulnerabilidade social com o fim de propiciar-lhes um tratamento digno e de qualidade.

Participaram da pesquisa cinco familiares cuidadores que estavam temporariamente acolhidos na instituição onde a pesquisa foi realizada, de ambos os sexos, com idade entre 30 a 75 anos, sendo selecionados conforme indicações dos profissionais de Psicologia e Assistência Social da casa e também conforme a disponibilidade dos participantes. Os participantes foram identificados da seguinte forma:

M1 - masculino, 49 anos, cuidador de sua esposa;

M2 - masculino, 30 anos, cuidador de seu pai;

F1 - feminino, 33 anos, cuidadora de sua filha;

F2 - feminino, 75 anos, cuidadora de sua irmã;

F3 - feminino, 71 anos, cuidadora de seu esposo.

Os dados foram obtidos no período de agosto a setembro de 2015 mediante uma entrevista semiestruturada, que foi audiogravada após a autorização do participante. A entrevista foi realizada

em ambiente reservado da instituição, com duração média de 60 minutos cada uma. As temáticas abordadas foram em relação ao momento do diagnóstico, as mudanças na rotina, as dificuldades encontradas e os benefícios adquiridos no momento em que se cuida de um familiar em tratamento oncológico. Outro ponto abordado foi a questão da escolha dessa pessoa para o papel de cuidador e como é para ela desempenhar esse papel. As entrevistas foram individuais e seu conteúdo foi transcrito na íntegra, sendo que, após a análise, todo conteúdo foi deletado de modo a resguardar o sigilo das informações.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, foram priorizados os preceitos éticos descritos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Conforme essa resolução, os direitos dos participantes ficam assegurados, bem como o sigilo e a liberdade para participar, recusar ou desistir da pesquisa a qualquer momento.

As entrevistas tiveram início apenas após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição de ensino superior onde o estudo foi realizado, mediante protocolo nº 1.161.843. Além disso, no dia das entrevistas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que contém as informações necessárias para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa.

Para análise dos dados, foram utilizadas as técnicas de análise de conteúdo que, segundo Bardin (2004, p. 33), configuram-se como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Após essa análise, foram construídas cinco categorias temáticas: Momento do Diagnóstico, Início da relação de cuidado, Mudanças na rotina, Dificuldades enfrentadas e Benefícios do cuidar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

MOMENTO DO DIAGNÓSTICO

Os familiares cuidadores entrevistados relataram, em suas histórias, diferentes maneiras pelas quais receberam a notícia do diagnóstico de câncer na família, bem como diferentes sentimentos mobilizados a partir desse momento. Entretanto, em várias ocasiões, referiam-se ao diagnóstico como um momento difícil, vivenciado com extrema tensão e desespero.

Assim, ao serem questionados sobre as vivências do momento do diagnóstico, os familiares cuidadores iniciaram expondo desde os primeiros sintomas que apareceram e sua difícil trajetória até que o diagnóstico fosse realmente confirmado. Alguns familiares cuidadores relataram que, ao receber o diagnóstico, ficaram desorientados, assustados, nervosos, tristes e em estado de choque, como se pode perceber nos relatos a seguir:

Ah, me desmoronou né, caí por terra, larguei tudo... (M1)

Olha, quando eu fiquei sabendo, foi quase que... fiquei meio chocado... assim, eu talvez por não ser filho legítimo dele até fiquei mais, chorei bastante, tive um momento ali de tristeza... uma semana assim... (M2)

... é uma bomba na cabeça da gente, deus me livre... (F3)

Primeiro eu fiquei enjoada, nervosa... eu disse pra ela que tínhamos que dar um jeito, foi assim... dei um jeito de levar no médico... (F4)

Essa foi a pior parte, muito ruim... é uma sensação bem desagradável. (F5)

Segundo Ceolin (2008), ao receber o diagnóstico, os sentimentos de tristeza, medo e negação costumam afetar o familiar cuidador. Além disso, acrescenta Ceolin (2008), nesse momento, também pode surgir um desequilíbrio emocional, visto que, embora cada pessoa tenha sua maneira de enfrentar a notícia, todas elas acabam sendo afetadas pela doença de alguma forma.

O momento do diagnóstico parece implicar, além desse estado de desorientação, uma grande preocupação na busca de uma solução imediata para o diagnóstico do câncer. Este é o caso do entrevistado abaixo, ao falar sobre os efeitos, nele próprio, do diagnóstico de câncer em sua esposa:

Ah eu procurei imediatamente o médico cirurgião né [...] daí em uma semana eu estava aqui na cidade, quando chegou o resultado ela já tinha feito cirurgia, ela não perdeu tempo por mim... (M1)

Observa-se que o familiar cuidador M1 não quis esperar pelos exames que seriam feitos posteriormente, procurando, de imediato, saber se o tumor de sua esposa poderia sofrer intervenção cirúrgica. Valle (1994) ressalta que, passado o momento inicial do diagnóstico, há uma grande preocupação da família em se concentrar no momento do tratamento propriamente dito, levando à busca de uma solução e de um diagnóstico mais preciso em relação à doença.

Percebeu-se, também, que, em alguns casos, o paciente apresentava sinais visíveis de algum tumor e que, por motivos diversos, esse paciente não buscou auxílio médico, fazendo com que os próprios entrevistados, os familiares cuidadores, tivessem que tomar a iniciativa de buscar ajuda especializada. Diante desses casos, como se pode observar nas falas seguintes, o momento do diagnóstico não teve grande impacto, uma vez que esses sinais já evidenciavam o câncer.

Mas, olha, pra mim não foi surpresa, que uma coisa dessas tu vê logo o que é né, eu não me surpreendi, eu sempre achei que fosse. (F4)

Eu sempre me preocupei com ele porque ele foi fumante durante 55 anos né, então, a gente, de uns anos pra cá, a gente se conscientizava muito... (F5)

Referente à demora na busca pela ajuda especializada, Straub (2005) explica que:

As pessoas também demoram a procurar atenção médica porque não se dão conta de que deveriam fazê-lo; em seus estágios iniciais de desenvolvimento o câncer normalmente não é doloroso. Muitos sintomas podem, de fato, ser tão pequenos que chegam a passar despercebidos até que um nódulo, uma mudança na aparência, de um sinal ou um machucado que se recusa a curar, tornando-se óbvio. Mesmo assim, muitas pessoas esperam para procurar atendimento até que sintam desconforto e dor (STRAUB, 2005, p. 378).

Além dessa demora, Ceolin (2008) refere que alguns familiares optam, ainda, por não compartilhar a notícia do diagnóstico ao paciente, mantendo-o na ignorância. Constitui-se, assim, entre os familiares, um pacto de silêncio que pode inclusive dificultar a comunicação e o apoio da família. Corroborando isso, um dos entrevistados menciona que a família optou por não noticiar ao próprio doente, buscando preservá-lo de maiores sofrimentos perante o diagnóstico dado pelo médico em relação à morte e ao tempo estimado de vida. Nesse caso, o paciente sabia da doença, mas não sabia que tinha uma estimativa de vida:

Ele sabe basicamente tudo, só a questão da morte a gente não falou, que os médicos tinham dado prazo de vida... é que, na verdade, se a gente tivesse contado... a gente achava que ia derrubar ele... (M2)

Carvalho (2008) diz que a doença, ao ser constatada, poderá trazer sofrimentos a todos os integrantes da família, entretanto, os potencialmente mais fortes poderão ter ciência do diagnóstico e os mais frágeis devem ser poupados, inclusive o enfermo. Assim, os membros de uma mesma família provavelmente serão afetados de maneiras diferentes pela notícia, o diagnóstico do câncer, como mostra o entrevistado abaixo:

Quando eu cheguei, eles [os médicos] contaram toda a verdade, o médico chamou nós numa sala e disse... explicou a situação, falando a questão de prazo de vida... o médico disse: vocês fazem o que vocês puderem, aproveitem enquanto ele está vivo e tal e aí a minha mãe foi parar no hospital, pro PA [Pronto Atendimento] e a minha irmã também, e o meu irmão também ficou bem mal, não chegou ir mas ficou bastante mal e eu segurei... (M2)

Assim, considera-se que a maneira como a notícia é pronunciada à família também poderá ser decisiva no que diz respeito aos sofrimentos dela decorrentes. Quando a notícia é dada de uma maneira inadequada ou dolorosa, isso poderá resultar em maior dificuldade em enfrentar a doença e amparar o próprio paciente. Então, a forma como esse diagnóstico é dado pode dificultar ainda mais o processo, como parece ser o caso da fala de M2:

Os médicos diziam assim: o teu pai vai secando, vai diminuindo e vai morrer...

Além disso, Silva e Zago (2005) relatam a necessidade de que os profissionais de saúde possam repassar informações claras e estas devem ser adequadas às necessidades do paciente e da família, dentro de sua forma de enfrentamento da doença. É nesse momento que se faz necessário extremo

cuidado para que a notícia não deixe a família e o paciente ainda mais apreensivos, desamparados e sem nenhuma esperança de tratamento.

Segundo Kubler-Ross (2008), são cinco os estágios emocionais em que o paciente e seus familiares irão passar após receberem o diagnóstico e tomarem ciência do que está acontecendo e da gravidade da doença: estágio de negação, revolta, barganha, depressão e aceitação. No estágio da negação, a maioria das pessoas, ao receber a notícia da doença, tende a negar o diagnóstico, às vezes, indo à procura de outras opiniões médicas para se certificar que o diagnóstico anterior estava errado. Esse estágio também é sofrido pelos entrevistados como parece ter sido o caso relatado por M2:

Eu vejo que ela só faz planos de tal coisa, tal coisa... como se não existisse a doença, aí eu acabo até me convencendo disso né, às vezes passa bastante tempo que a gente nem percebe que ele está doente.

Já no estágio da revolta, o paciente ou os familiares se sentem injustiçados, são feitos questionamentos do porquê da doença, e sentimentos de raiva, angústia e tristeza tornam-se presentes. Para Kubler-Ross (2008), os cuidadores, na maioria das vezes, guardam essa revolta para si, para não demonstrar ao familiar doente. A revolta parece ter sido uma das maneiras pelas quais F1 acabou lidando com o diagnóstico: *o primeiro laudo deu que era maligno... eu queria matar o médico!*

Para a autora (ibid.), o terceiro estágio é o da barganha, que, geralmente, é feito em silêncio pelo paciente e pelos familiares, apelando para uma entidade divina. Tratam-se de promessas para tentar adiar ou desfazer algo que, muitas vezes, não vai acontecer, como parece ter vivenciado F1: *assim eu digo: meu Deus, tu não me deu minha filha cega, tu não meu deu sem falar e sem caminhar, então que seja lento conforme tu quer... os passinhos... mas me devolva ela como tu me deu no mundo!*

O quarto estágio considerado pela autora (2008) é a depressão. O paciente e o familiar não conseguem mais esconder e negar a condição de enfermidade. Nesse estágio, a saúde física e emocional começa a ficar mais sensível e debilitada.

A gente perde o gosto pela metade das coisas da vida... (M1)

A depressão me pegou, sinceramente, a depressão me pegou, eu só chorava, eu não aceitava. (F1)

O quinto e último estágio é a aceitação (KUBLER-ROSS, 2008). Nessa fase, tanto o paciente quanto o cuidador percebem que não adianta ir contra o diagnóstico, partindo em busca de um melhor tratamento para, pelo menos, amenizar o sofrimento e, muitas vezes, buscando apoio espiritual e psicológico. Nesse sentido, têm-se as falas dos entrevistados:

Se é o que Deus colocou no mundo, ninguém tira né, e é isso aí. (F2)

Sim, a consciência existe, até hoje eu estou consciente, qualquer hora ele [o câncer] pode aparecer... aqui, ali, sei lá aonde... é assim... a vida é assim... (F3)

Constatou-se, enfim, que o momento do diagnóstico é sempre muito delicado e potencialmente perigoso para o paciente e também para sua família, afinal, “o diagnóstico traz consigo o temor da possibilidade da morte” (OLIVEIRA; TORRANO-MASETTI; SANTOS, 1999, p. 42), portanto, já no momento da comunicação do diagnóstico, inicia-se, para a família, o processo de perda do ente querido.

INÍCIO DA RELAÇÃO DE CUIDADO

Os motivos que levam uma pessoa a se tornar cuidador principal vão sendo construídos progressivamente e são decorrentes da relação afetiva estabelecida com a pessoa antes de ela adoecer. Além disso, Silveira (2007) coloca que parece existir um comprometimento pessoal, ou seja, parece que o cuidador se delega a esse papel por se julgar possuidor de determinadas características que, na sua percepção, são pré-requisitos para ajudar uma pessoa que está doente.

Silveira (2007) acrescenta que, na escolha do familiar cuidador, é comum que ele seja a pessoa da família que se responsabiliza a tomar decisões e a resolver os problemas ou impasses. Seguindo as palavras do autor, os familiares se colocam como cuidadores por vontade própria e, na maioria das vezes, por ter algum laço familiar que, para eles, estabelece certa dívida de honra para com esta pessoa, como o fato de ser filho ou marido. É o que se percebe nas falas seguintes:

Mas é minha filha, não existe abandonar, é mãe e filha. ... eu sou mãe, eu gerei, eu criei né, estava dentro de mim, saiu de mim, tem que cuidar! (F1)

É minha mulher, eu quando tirei ela de perto do pai e da mãe dela eu disse que ia cuidar dela, estou cuidando e vou cuidar até o final... (M1)

Um dos sentimentos que se evidenciou quando perguntado o porquê de este familiar ter se colocado como principal cuidador foi o sentimento de amor. Maturana (2001) refere que, para que haja qualquer relacionamento entre o paciente e o cuidador, é necessário que exista amor. O cuidar, segundo ele, só existirá enquanto existir amor. Tal sentimento está expresso nas falas dos entrevistados abaixo:

Sim, claro que... é amor, e tem os filhos... (M1)

Ajudo por amor a eles, são meus pais, que eles me ajudaram muito... (M2)

Acho que é um sentimento de amor né, minha irmã, tenho que cuidar... (F2)

Mendes (1995) também buscou compreender o que leva o familiar cuidador a se comprometer com o ato de cuidar e, para a autora, a maior parte dos cuidadores vê a questão como um processo natural, decorrente de diferentes graus de ligação afetiva, tais como o casamento, no qual um dos

cônjuges assume o papel de cuidador, como no caso do entrevistado M1: *Ela me cuidou... e outra, eu conheci ela com 15 anos, casei com ela com 16 e faz 28 anos que somos casados...* ou no caso da entrevistada F3: *Eu estou do lado dele desde o início, eu digo: nós, lado a lado, vamos enfrentar isso aí! (F3).*

A autora lembra, ainda, que a relação de cuidado pode surgir em função de um desejo de retribuição pelos cuidados na infância: *Eu me escolhi, foi escolha minha, tranquei lá o mestrado e vim cuidar dele, são meus pais, eles me ajudaram muito, pegaram de pequeno e me criaram né... (M2).*

Além dessas alternativas, para Mendes (1995), também existe a possibilidade de que o cuidador se coloque nessa posição pela ausência de outras alternativas, como mostram as falas seguintes:

Eu enfrento numa boa, que que eu vou fazer? Tem que cuidar, não tem outro que cuide! (F2).

É assim, não tem saída, tem que cuidar, alguém tem que cuidar né... (F3)

Nota-se que os familiares cuidadores colocaram-se nessa posição pelo fato de não exercerem atividades, serem aposentados, terem tempo disponível ou simplesmente gostarem de estar ao lado de seu familiar, eximindo os outros familiares desse cuidado, como fica evidenciado a seguir:

Tem gente que acha que os meus irmãos tiraram o corpo fora, mas na verdade foi um consenso... e como meu irmão já tem filho e como a minha irmã também tá trabalhando no fórum, não ia conseguir fazer tudo que eu faço lá fora [na cidade onde moram], que além de cuidar o pai ainda cuido de algumas outras coisas que tem que fazer... (M2).

E também porque a gente não trabalha muito, sou aposentada, sabe... (F2).

O familiar cuidador assume esse papel por essas diferentes conjunturas e também por estar mais forte emocionalmente do que o restante do núcleo familiar. Esse fator é determinante, na maioria das vezes, por passar mais confiança e deixar o familiar com câncer mais confiante de sua recuperação. Silveira (2007) acrescenta que, à medida que a doença vai evoluindo, os cuidados com o paciente vão exigindo maior atenção e o paciente acaba adquirindo maior dependência de seus cuidadores. Diante disso, certos familiares devem possuir certas habilidades e características para cuidar mais do que os outros familiares, principalmente a capacidade de transmitir serenidade, confiança e tranquilidade, fatores que podem auxiliar na qualidade de vida do paciente:

Eu tenho certeza que eles [os outros familiares] iriam estar sofrendo mais, até essa questão de que eu me considero uma pessoa muito calma, né, se precisar eu tenho paciência pra tudo. (M2)

Por outro lado, há a questão da dependência do paciente, que surge quando ele, por ter adquirido confiança nesse familiar cuidador, dispensa outras pessoas que se prontificam a auxiliar nos cuidados. Além disso, a dependência pode acabar surgindo pelo fato de o familiar cuidador estar presente em todos os estágios da doença, antes mesmo do diagnóstico. Nesse sentido, têm-se as falas abaixo:

Tem a minha sobrinha que quer vir pra ajudar, só não sei se ela [paciente] vai aceitar, ela quer que eu venha, ela quer é eu! (F2).

Os outros se ofereceram, mas ela [paciente] queria que eu sempre tivesse do lado dela, sempre eu, até mesmo pra dar um remédio, tem que ser eu... ela não quer ninguém, nem a mãe dela ela não quis, tem irmã, mas também não quer, não quer as irmãs, não quer ninguém... (M1).

Para Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), o grande risco existente para os familiares que cuidam de pacientes com grande dependência é que esta se torne uma sobrecarga de responsabilidade ou de emoções, capaz de afetar sua própria qualidade de vida. Somando-se a essa dependência, está uma rotina diária de cuidados que pode se tornar bastante intensa e gerar muito cansaço:

A gente sabe que cuidar de outra pessoa gera um pouco de cansaço físico, de ter que estar indo em hospital, esperando às vezes... às vezes um tempão...(F2)

Entretanto, em relação ao cansaço gerado pelo cuidado, alguns familiares relatam não se sentirem assim, como se negassem o próprio cansaço ou não pudessem demonstrá-lo. Os cuidadores abaixo relatam não sentirem cansaço algum:

Eu sempre enfrento bem, não me sinto cansado assim, tento sempre passar confiança né, estou ali né, estou presente... (M2).

Não, eu tenho saúde, não me sinto cansada... (F2).

Nunca, nunca senti cansaço, a gente sempre está vindo numa boa e tem que ser assim! (F3).

No que se refere à questão de não poder demonstrar cansaço, segue a fala do cuidador M1:

Ah, não posso demonstrar, né, às vezes eu estou assim, cansadíssimo, chego em casa, até pra tomar banho, pegar uma roupa é difícil, chega ficar tudo duro, os braços, cansado mesmo, estressado... é, eu estou cansado, eu quero chegar em casa, tomar um banho, colocar uma bermuda, sentar no sofá e ficar como era a minha vida, entendeu.... (M1)

Segundo McGoldrick e Carter (1995), uma tensão crescente nas pessoas que prestam os cuidados é provocada tanto pelos riscos de exaustão quanto pelo contínuo acréscimo de novas tarefas ao longo do tempo. Nas falas abaixo, podem-se notar alterações na qualidade de vida e na rotina diária:

Tanto que eu perdi bastante peso, eu perdi uns 20 quilos mais ou menos, eu fiquei mais ou menos 27 dias dentro do hospital, morando lá, eu dormia sentado numa cadeira, eu tomava banho no banheiro do hospital... (M1)

Muda tudo, às vezes tu não tem tempo pro banho, não tem tempo pra sentar, tomar um chimarrão, eu sou mãe, enfermeira, tudo, trabalho com ela vinte e quatro horas, eu cuido dela vinte e quatro horas por dia, não tenho tempo nem de varrer minha casa. (F1)

Percebe-se que, a partir do momento em que um familiar se torna cuidador, passam a ocorrer diversas mudanças com grande impacto na qualidade de vida dessas pessoas. Nessa direção, observou-se que os familiares cuidadores buscam estratégias de auxílio para enfrentar a rotina diária mesmo que essas estratégias sejam momentâneas. A principal estratégia percebida nas entrevistas foi a espiritualidade, ou seja, em todas as falas, mostrou-se presente um apego a Deus, o qual, para os familiares cuidadores, auxilia nos momentos de tristeza e angústia. Nas falas abaixo, nota-se a importância da fé para esses cuidadores:

A gente pensa... como o médico falou em morte... essas coisas, mas sei lá, tem que ver o que Deus está querendo no momento... eu tenho fé, né, acredito em Deus, sabe... (M2)

E eu digo: pra Deus nada é impossível, tem que crer; tem que te fé, a batalha é grande, eu creio, sabe, eu creio muito em Deus acima de tudo. Tu tem que pedir a Deus que tudo passe, que Deus quer, que é a mão de Deus que está nela, eu vou enfrentar tudo isso com fé, eu sou uma pessoa assim, de muita fé... (F1)

Sobre a questão da espiritualidade, Melo et al. (2012, p. 82) relatam que:

Atualmente se reconhece a importância da espiritualidade no enfrentamento de situações de crise, como o acometimento de uma doença grave. A espiritualidade é capaz de proporcionar tranquilidade, conforto, encorajamento e tornar eventos ameaçadores menos estressantes. Fenômeno universal que não é restrito a uma religião, uma cultura, ou grupo de sujeitos, a espiritualidade favorece uma atitude de enfrentamento ao paciente e sua família durante o adoecer de câncer.

Logo, a fé evidenciada nas falas mostra o quanto é importante a espiritualidade nesses momentos de grande dificuldade que os cuidadores estão enfrentando. Demonstra-se, assim, a importância da religiosidade enquanto estratégia utilizada no enfrentamento das dificuldades trazidas pelo ato de cuidar.

MUDANÇAS NA ROTINA

Em relação às mudanças nas rotinas, os entrevistados relataram que a maioria das atividades que realizavam antes do aparecimento da doença na família teve que ser deixada de lado ou em segundo plano em função de o cuidado ao seu familiar se dar, praticamente, em tempo integral. Essas alterações na vida desses familiares cuidadores têm impacto na sua vida social e familiar. Segundo Miasso, Rodrigues e Inocenti (2009), pacientes em estágio avançado de câncer requerem muito tempo de dedicação do cuidador, fazendo com que este tenha que abandonar grande parte de suas atividades diárias, precisando adaptar-se a essa nova rotina e às exigências que o tratamento requer. Nesse contexto, observa-se, nas falas a seguir, uma mudança significativa na rotina:

Mudou tudo né, mudou tudo, porque eu praticamente larguei minha casa de lado né, larguei tudo... (M1)

Eu conversei com meus irmãos e decidi que eu tinha que parar com o mestrado e vir morar com eles, pra vir cuidar deles... (M2)

Kubler-Ross (2008) cita que mudanças atenuantes e dramáticas podem ocorrer na família, alterando, com isso, o funcionamento do lar. Além disso, percebeu-se que houve mudanças significativas também em relação à vida conjugal, como para a cuidadora F3, que relata não ter mais tempo para o marido diante da necessidade de ter que viajar de uma cidade para outra para o tratamento de sua filha:

Eu não tinha mais tempo pro meu marido, a gente ficou trinta dias sem dormir junto, entendeu, é, ele na cama nossa e minha, eu lá na cama da minha menina, daí, imagina que no casamento não vai se separar, o meu correu o risco de terminar, é, vinte e quatro horas com a menina... ele dizia tu não me dá carinho, tu não me dá atenção, eu lavo roupa, eu limpo a casa e tu não tem tempo mais pra mim, só que o casamento acaba e como todo mundo diz, um caso desses na família, o casamento acaba... (F3)

Seguindo-se na mesma linha, tem-se a fala do cuidador M2:

Me afastei um pouco também da minha namorada, que a gente tá junto, tudo bem, mas ficou mais longe, né, mesmo a gente estando longe, ainda causou alguns transtornos por que modificou, antes a gente se via mais seguido, era quase todos os finais de semana, ela ia, eu vinha, agora a gente continua ainda fazendo assim, mas está mais espaçado, então isso foi algo que mudou: minha relação com a minha namorada, ela se distanciou um pouco assim, não na questão de sentimento, mas na questão de presença...

Volpato e Santos (2007) corroboram as falas dos entrevistados quando afirmam que o familiar cuidador que dedica seu tempo ao cuidado do paciente acaba não tendo mais tempo. Os familiares cuidadores acabam abrindo mão de sua própria vida social e abdicando de importante tempo com seus relacionamentos ou mesmo de seus momentos de lazer.

DIFICULDADES ENFRENTADAS

O impacto de uma doença grave na família pode desestruturar todos os envolvidos com o enfermo, alterando a rotina familiar pela preocupação com o sofrimento de seu ente querido, pela necessidade de haver uma pessoa como cuidadora e pelo estresse que esse cuidado contínuo pode causar (BIFULCO; FALEIROS, 2014). Assim, o ato de cuidar exige que o familiar cuidador venha a dedicar muito tempo de sua vida a seu familiar, impossibilitando, muitas vezes, inclusive a realização de tarefas bastante simples e corriqueiras.

Por mais que os cuidadores relatem não haver muitas dificuldades, estas estão implícitas no relato dessas pessoas, pois o ato de cuidar, por si só, traz uma sobrecarga física e mental. A entrevistada F2 busca

provar para si mesmo que não há dificuldade: *Eu acho que não, mas eu não quero ver dificuldade em nada, eu quero viver como eu vivo e pronto*. Por outro lado, no decorrer da entrevista, foi possível notar que, mesmo que ela negasse qualquer dificuldade, alguns empecilhos surgiram em virtude das atividades diárias que requerem sua atenção. Essas dificuldades geralmente são impostas pelo próprio paciente, pois o fato de estar debilitado pela doença acaba dificultando seus cuidados, como mostra a seguinte fala:

Ela diz: não quero comer isso e aquilo, e tu me obriga, eu digo: mas tu precisa comer. Ela era uma pessoa bem mais gorda, está com 42k, digo: tu está virada numa caveira, tu tem que comer, ela acha que não precisa comer e ela tem mania de achar que é o que ela quer, aí fica difícil! (F2)

Segundo Guimarães (2010), preocupações que não existiam antes do tratamento passam a existir, e os familiares cuidadores passam a organizar formas de melhor atender o doente. Como exemplo dessas preocupações, o autor cita aquelas referentes a alimentação, transporte, medicação ou outras.

Nesse momento de intensa fragilidade, evidenciou-se, no relato de um dos familiares cuidadores, uma perda significativa em sua vida, pois, ao mesmo tempo em que ele estava focado no tratamento de sua esposa, veio a perder sua mãe em decorrência de um infarto. Em praticamente toda a entrevista, ele chorou, relatando a falta que sua mãe fazia nesse momento delicado de sua vida:

Tudo acumulou né, eu perdi minha mãe de repente, assim, uma coisa que eu jamais esperava, e uma mãe faz uma falta terrível, que eu ainda não pude parar pra pensar bem na morte da mãe, entendeu, estou com aquela imagem na cabeça até hoje, entendeu, da falta dela, porque ela morreu me olhando. (M1)

Guimarães (2000) salienta uma série de eventos estressores, chamados de universais, que influenciam a vida da maioria das pessoas, sejam eles mortes na família, separações, doenças crônicas, entre outros. Entretanto, tais estressores poderão ter um peso mais significativo ainda quando já está se enfrentando doença na família.

Barbosa (2007) lembra que ter um paciente oncológico em casa ocasiona um choque de realidade, muito sofrimento e gastos financeiros. Tem-se grande sofrimento físico e psicológico de modo que as incertezas e ameaças são constantes. Além disso, os medicamentos, tratamentos e exames são extremamente caros e acabam se colocando como uma das grandes dificuldades a serem enfrentadas nesse momento de cuidado. Diante do exposto pela autora, evidencia-se, na fala da entrevistada F1, como uma das dificuldades enfrentadas, a falta de recursos financeiros e como isso afeta toda a família: *por que ele está desempregado, com essa crise né, daí às vezes parece que afeta tudo, tudo afeta, a família inteira*.

Apesar de tudo isso, ficou evidente, nas entrevistas, a necessidade de demonstrar que não há grandes dificuldades no ato de cuidar, como salientam os familiares a seguir:

Encarei de frente desde do início, nenhuma dificuldade, sempre tranquila, sempre numa boa e é isso que eu digo para ele, e assim nós estamos... (F3).

Dificuldades não foram muitas... não teve dificuldade nenhuma. (M2)

Nesse sentido, pode-se observar que nem mesmo o sofrimento gerado em função da doença é evidenciado pelos familiares cuidadores como uma dificuldade vivenciada no momento de cuidar. Assim, mesmo que esses familiares cuidadores possam sofrer em alguns momentos e passar por alterações no seu cotidiano, parece existir suporte familiar ao doente, o que parece amenizar as dificuldades encontradas.

BENEFÍCIOS DO CUIDAR

Segundo Laham (2003), a maioria dos estudos volta-se apenas para os aspectos negativos de ser cuidador, quando se evidenciam apenas as dificuldades enfrentadas por ele durante o tempo em que se dedica a cuidar. Diante desse mito de negatividade que a doença traz, buscou-se perceber, nas falas dos entrevistados, se havia algum benefício no cuidado, tendo em vista que os fatores positivos podem auxiliar a desenvolver estratégias de enfrentamento.

Assim, embora o cuidador familiar encontre muitas dificuldades no ato de cuidar, como mencionado, observou-se, também, que existem alguns benefícios que devem ser levados em conta, como pode ser conferido no relato de M1:

Acho que existe só benefício, porque estou fazendo o bem, estou fazendo com amor... eu estou bem, assim, aqui me sinto bem, acolhido aqui pelas pessoas daqui, sabe, fiz muita amizade aqui...

Portanto, enquanto benefício, existe a satisfação pessoal em estar prestando o cuidado, fazendo com que muitas dessas pessoas reflitam sobre suas próprias vidas e buscando tornar-se pessoas melhores e mais realizadas. Brito (2002, p. 45) diz que “dependendo da história de relacionamento afetivo que o cuidador tem com o paciente, a situação de cuidados pode ser vivenciada com fontes sutis de satisfação”. Isso vem ao encontro do que diz o entrevistado M2:

As pessoas que já enfrentaram isso dizem que depois tu vai te tornar uma pessoa melhor, tu vai sair disso mais... sei lá, mais satisfeito e estou gratificado por ter feito isso.

Outro benefício que se observou é o aumento da proximidade afetiva entre os familiares. A pressa do dia a dia e as responsabilidades que são assumidas em determinados períodos da vida podem dificultar ou impedir essa proximidade. O adoecimento de um familiar pode levar a uma aproximação entre os membros da família ou até uni-los mais do que se não houvesse a doença:

Por exemplo, uma coisa positiva que eu vejo, eu estava afastado, não estava muito presente na vida dos meus pais... por 10 anos, 11 anos, que eu era uma visita pra eles e agora, de uma hora pra outra, me tornei uma pessoa que está sempre junto, dividindo todas as coisas... essa é uma parte boa, que se não fosse a doença não estava acontecendo, eu teria me formado no meu mestrado, talvez nesses 6 meses que eu estou com eles, teria vindo uma vez visitar eles, no máximo duas, que era o meu planejamento pra esse ano... tudo mudou, essa é a parte boa (M2).

Guimarães (2010) concorda que as mudanças propiciadas quando uma pessoa se torna cuidador se dão, principalmente, na rotina e nas relações interpessoais familiares. Entretanto, apesar de as mudanças gerarem dificuldades, podem trazer também muitos benefícios, como o relatado também pelo cuidador F3, que refere que a doença acabou aproximando a filha do pai doente:

Aproximação da filha com o pai, ela era mais distante dele...

Nesse sentido, Neri e Sommerhalder (2002, p. 48) comentam:

Existe uma crença generalizada de que o cuidar causa prejuízos ao bem-estar do cuidador. Essa crença é apoiada em dados empíricos, mas poucos pesquisadores foram em busca de benefícios que o cuidar pode trazer, provavelmente refletindo a tendência predominante na psicologia e nas ciências sociais de supervalorizar o disfuncional, o problemático e o patológico.

Assim, apesar de a maioria dos autores entenderem o câncer somente como algo negativo (LAHAM, 2003), focando nos prejuízos e no lado disfuncional do cuidado, percebe-se que se deve levar em conta também os aspectos positivos e benefícios do cuidar, afinal, considera-se que o câncer na família mobiliza sempre uma multiplicidade de sentimentos e nem todos são danosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo promover a reflexão sobre a importância do familiar cuidador durante o tratamento oncológico. Por meio deste trabalho, pôde-se compreender um pouco sobre como o cuidador vivencia esse momento em sua vida. Procurou-se, com este estudo, aprofundar as pesquisas que abordam essa temática tão importante, pois, como visto, o cuidador também vivencia momentos difíceis no decorrer do tratamento oncológico de seu familiar.

Pôde-se perceber que existem vários fatores influenciando a transformação de alguém em cuidador, sendo que apenas algumas pessoas se dispõem a exercer esse papel. Algo que chamou a atenção nas entrevistas foi o fato de todos os cuidadores serem voluntários para realizarem o cuidado e muitos deles acabaram encontrando importantes benefícios nesse papel de principais cuidadores. Notou-se, também, que, no momento do diagnóstico, os cuidadores vivenciam um turbilhão de sentimentos que os deixam amedrontados, apreensivos, muitas vezes, sem saber qual rumo irão tomar e quais estratégias serão traçadas para poderem suportar esse momento.

Com relação ao momento do diagnóstico, ressalta-se a importância da maneira pela qual é comunicado, pois, tendo em vista que o momento já é difícil para os familiares, ele pode se tornar ainda mais difícil caso a comunicação desse diagnóstico seja feita sem o devido cuidado. Acredita-se que, nesse momento, seja fundamental que haja uma atenção especial a esses cuidadores, dando-lhes um suporte emocional, apoio, explicações claras sobre a doença, tirando-lhes dúvidas que possam surgir. Juntamente com a equipe de saúde, seria importante que um psicólogo pudesse estar presente, pois é um momento no qual o familiar fica mais vulnerável.

Durante o tratamento, o familiar cuidador passa por muitas dificuldades, sendo elas físicas, emocionais, sociais e mesmo econômicas, embora procure não deixar transparecer o cansaço gerado por sua nova rotina. Em determinadas falas, percebeu-se que muitos abriram mão de projetos pessoais importantes em suas vidas, mas sentem que o mais importante é o fato de cuidarem daquele familiar que está com a doença. A espiritualidade e a fé surgem como um recurso e suporte aos familiares cuidadores em momentos de dificuldade ou sofrimento.

Entre as variáveis envolvidas, encontram-se aspectos positivos e negativos do cuidar, tais como a aproximação de familiares, a satisfação em estar fazendo o bem à outra pessoa, aliada, muitas vezes, à instabilidade emocional e ao cansaço físico. Nesse sentido, a rede social de apoio do paciente é sempre muito importante para o exercício do papel de cuidador. Conclui-se, ainda, que esse cuidado não traz apenas sofrimentos, mas poderá trazer uma grande aprendizagem para que se possa respeitar e valorizar a condição humana.

Acredita-se que este trabalho possa contribuir de uma forma significativa para um entendimento acerca do papel desempenhado pelo cuidador familiar. É importante que essa temática não se esgote e que outros profissionais possam dar continuidade aos estudos que enfoquem no familiar cuidador.

O psicólogo é o profissional que tem sua formação voltada para realizar essa investigação, avaliando cada cuidador sob o ponto de vista da vivência da situação de prestar cuidados, os mecanismos de defesa usados para enfrentar a doença e os recursos psíquicos disponíveis para dar seguimento à tarefa de cuidar. A partir desses pontos, podem ser traçadas estratégias de atendimento e acompanhamento psicológico baseadas nas características de cada cuidador. Espera-se, assim, que esta discussão possa contribuir para refletir sobre o papel da Psicologia diante dessa importante relação de cuidado, buscando contribuir, portanto, para a prática psicológica na área da saúde.

REFERÊNCIAS

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-272, 2008.

BARBOSA, A. **Câncer, direito e cidadania**. São Paulo: ARX, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BECK, A. R. M.; LOPES, M. H. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de criança com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 513-518, 2007.

BIFULCO, V. A.; FALEIROS, E. P. M. **Câncer: uma visão multiprofissional**. 2. ed. Barueri, SP: Minha Editora, 2014.

BRASIL. **Resolução 466/2012**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 12 dez. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/wliK6d>>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. **Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA)**. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 03 maio 2015.

BRITO, L. **A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos**. Coimbra: Quarteto, 2002.

CARVALHO, C. S. U. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

CEOLIN, V. E. S. A família frente ao diagnóstico do câncer. In: SILVA, M. R.; PARAIBA, M. (Org.). **Câncer: uma abordagem psicológica**. Porto Alegre: AGE, 2008. p. 118-124.

GUIMARAES, C. A. **Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em cuidados paliativos**. 2010. 100f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica, Campinas, São Paulo, 2010.

GUIMARAES, S. S. Valores e princípios: aprendi assim. In: LIPP, M. E. N. (Org.). **O stress está dentro de você**. São Paulo: Contexto, 2000. p. 61-74.

KOHLSDORF, M.; COSTA JÚNIOR, A. L. Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. **Estudos de Psicologia**, Campinas. v. 25, n. 3, p. 417-429, 2008.

KUBLER-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. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LAHAM, C. F. **Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar**. 2003. 161f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LANDSKRON, L. M. F. Psicooncologia: as descobertas sobre o câncer ao longo da história. In: SILVA, M. R.; PARAÍBA, M. (Org.). **Câncer**: uma abordagem psicológica. Porto Alegre: AGE, 2008. p. 12-31.

LOPES, L. F. **Tumores de células germinativas na infância**: Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em Oncologia. Fundação Antônio Prudente. Hospital A. C. de Camargo. São Paulo: Âmbito Editores, 1996.

MATURANA, H. R. Reflexões sobre o amor. In: MATURANA, H. R. et al. (Org.). **A ontologia da realidade**. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2001.

MCGOLDRICK, M.; CARTER, B. (Org.). **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

MELO, M. C. B et al. O funcionamento familiar do paciente com câncer. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 73-89, 2012.

MENDES, P. B. M. T. **Cuidadores**: heróis anônimos do cotidiano. 1995. 167f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

MIASSO, A. I.; RODRIGUES, I. G.; INOCENTI, A. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 858-865, 2009.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002.

NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2002. p. 9-63.

OLIVEIRA, E. A.; TORRANO-MASETTI, L. M.; SANTOS, M. A. Grupo de apoio ao acompanhante do transplantado de medula óssea: Uma contribuição a práxis grupal. **Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação**, v. 9, n. 16, p. 41-52, 1999.

SILVA, V. C. E.; ZAGO, M. M. F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 476-480, 2005.

SILVEIRA, T. M. **Por que eu?** A escolha do cuidador familiar. Rio de Janeiro: Arquimedes, 2007.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

URBANO, M. F. G. Stress e qualidade de vida dos pais e crianças com leucemia e o stress da criança. In: LIPP, M. E. N. (Org.). **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas, SP: Papyrus, 2004. p. 105-112.

VALLE, E. R. M. Vivências da família da criança com câncer. In: CARVALHO, M. M. J. (Org.). **Introdução à Psiconcologia**. São Paulo: Psy II, 1994.

VOLPATO, F. S.; SANTOS, G. R. S. Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. **Imaginário**, v. 13, n. 14, p. 511-544, 2007.

