



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO
HOSPITALAR À SAÚDE - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO
ONCOHEMATOLOGIA**

JÉSSICA DE MELO CIPRIANO

**PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO A RESPEITO DA
PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO SEU CUIDADO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO.**

FORTALEZA

2024

JÉSSICA DE MELO CIPRIANO

PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO A RESPEITO DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO SEU CUIDADO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao curso de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde do Hospital Universitário Walter Cantídio/ Universidade Federal do Ceará. Área de concentração: Oncohematologia.

Orientadora: Ms. Rachel de Aquino
Câmara

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C523p Cipriano, Jéssica de Melo.

Percepção do paciente oncohematológico a respeito da participação da família no seu cuidado em um hospital universitário. / Jéssica de Melo Cipriano. – 2024.

29 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação, Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, Fortaleza, 2024.

Orientação: Profa. Ma. Rachel de Aquino Câmara.

1. Humanização da Assistência. 2. Psicologia Hospitalar. 3. Hematologia. 4. Hospitalização . 5. Família estendida. I. Título.

CDD 610.73

JÉSSICA DE MELO CIPRIANO

PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO A RESPEITO DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO SEU CUIDADO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

Trabalho de Conclusão de curso de Residência apresentado à Residência Integrada em Atenção Hospitalar à Saúde do Hospital Universitário Walter Cantídio/Universidade Federal do Ceará, como requisito das atividades de avaliação para obtenção de grau de especialização.

Área de concentração:
Oncohematologia.

Aprovada em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Ma. Rachel de Aquino Câmara (Orientadora)
Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará - Ebserh

Ma. Katia Cristine Cavalcante Monteiro
Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará - Ebserh

Ma. Aleksandra Nunes Pinheiro
Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará - Ebserh

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pacientes que me permitiram compartilhar suas jornadas. '**Sem saber que aquele choro valia ouro**', cada encontro foi um presente. Aos que seguem em suas jornadas, minha admiração e desejo de cura. Aos que se foram, levo a lembrança de suas lutas e a certeza de que suas histórias continuarão a me inspirar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força e sabedoria que me guiaram durante essa jornada, permitindo que eu superasse os desafios e alcançasse meus objetivos.

À minha orientadora, Rachel, pela paciência, pelos ensinamentos valiosos e pela confiança depositada em mim, que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Agradeço à minha coordenadora de ênfase, Dra. Cinthya, por me proporcionar um ambiente de aprendizado seguro e acolhedor, onde pude experimentar e crescer profissionalmente.

Sou grata à minha família, por serem a raiz que me alimenta e me fortalece. E especialmente ao meu irmão, Fernando, que muitas vezes acolheu minhas vulnerabilidades depois de um dia difícil e por sempre estar ao meu lado, principalmente nos momentos mais desafiadores. A João Neto e Vitória, minha gratidão é imensurável por toda presença afetiva, apoio e amizade.

Agradeço à 'Salinha', esse espaço de acolhimento e descompressão, que me proporcionou momentos de descanso e renovação durante a residência. Gostaria de destacar a Mariana e Camila, pois criamos um elo repleto de carinho e amparo que foi fundamental para me ajudar a superar os momentos mais difíceis dessa caminhada.

Sou também imensamente grata aos meus companheiros residentes da Oncohematologia, juntos, enfrentamos desafios, celebramos conquistas e aprendemos muito. Cada um de vocês contribuiu para meu crescimento profissional e pessoal, em especial para lidar com as perdas de tantos pacientes, a companhia de vocês me fortaleceu.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	METODOLOGIA	14
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
4	CONCLUSÃO.....	26
5	REFERÊNCIAS	28

RESUMO

O presente artigo relata sobre a percepção do paciente oncohematológico a respeito da participação da família no seu cuidado em um hospital universitário. O objetivo foi avaliar se a presença do familiar favorece o conforto emocional e processo adaptativo do paciente durante a internação na enfermaria de hematologia. Para obter os resultados e respostas acerca da problematização apresentada neste trabalho, optou-se por realizar um estudo com metodologia qualitativa, fundamentado em estudos nacionais pesquisados na base de dados Scielo, Google Acadêmico, sites especializados sobre o tema e em repositórios de universidades e livros, os quais apresentam significativa importância na definição e construção dos conceitos discutidos nesta análise. Além do levantamento bibliográfico, foram utilizados para a coleta de dados, um questionário sociodemográfico, bem como realizada entrevista semiestruturada com os pacientes internados na enfermaria supracitada. A pesquisa pôde contribuir com a expansão dos conhecimentos no que diz respeito à participação da família no tratamento, compreendendo-a como unidade básica de cuidado, o que auxiliou nas discussões acerca da importância da inclusão de acompanhante no cuidado ao paciente. Assim, justificou-se a relevância do estudo pelo fato de possibilitar a reflexão de estratégias de cuidado integral ao paciente, entendendo a família como parceira da equipe de saúde.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Psicologia Hospitalar; Hematologia; Hospitalização; Família estendida.

ABSTRACT

This article reports on oncohematological patients' perceptions of family participation in their care at a university hospital. The aim was to assess whether the presence of the family member favors the patient's emotional comfort and adaptive process during hospitalization in the hematology ward. In order to obtain the results and answers to the problem presented in this paper, we chose to carry out a study using a qualitative methodology, based on national studies researched in the Scielo database, Google Scholar, specialist websites on the subject and in university repositories and books, which are of significant importance in defining and constructing the concepts discussed in this analysis. In addition to the bibliographic survey, a sociodemographic questionnaire was used for data collection, as well as semi-structured interviews with patients admitted to the aforementioned ward. The research was able to contribute to the expansion of knowledge regarding the participation of the family in treatment, understanding it as a basic unit of care, which helped in discussions about the importance of

including a companion in patient care. The relevance of the study was thus justified by the fact that it enabled reflection on comprehensive patient care strategies, understanding the family as a partner of the health team.

Keywords: Humanization of Care; Hospital Psychology; Hematology; Hospitalization; Extended Family.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é causado por mutações, que são alterações da estrutura genética das células. É um termo que abrange diversos tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desorganizado de partículas, que podem invadir tecidos próximos ou órgãos mais distantes. Dividindo-se rapidamente, estas células costumam ser muito agressivas e incontroláveis, acarretando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras partes do organismo (Inca, 2022).

Os tecidos cancerosos dividem-se em tecidos relacionados ao sangue (leucemia e linfomas) e em tumores “sólidos” (uma massa sólida de células). Em um Hospital Universitário localizado em Fortaleza, onde o presente estudo foi realizado, diversos pacientes recebem tratamento para doenças malignas do sangue (oncohematológicas). As leucemias, os linfomas, os mielomas e as anemias aplásicas são algumas das enfermidades que envolvem as células sanguíneas, assim como os tecidos formadores de sangue e as células do sistema imunológico (Gale, 2022).

Todo o processo de adoecimento é um grande desafio. A descoberta do diagnóstico pode desestabilizar o indivíduo, que ainda vai passar por um tratamento intenso e agressivo. A qualidade de vida é prejudicada e muitas vezes o benefício da continuação do tratamento pode ser extremamente limitado. Os pacientes diagnosticados com câncer hematológico, acompanhados no hospital onde a pesquisa foi realizada, permanecem internados ou em uma enfermaria de hematologia, ou em outras unidades da instituição quando não há leito disponível. A presente pesquisa foi realizada somente com usuários internados na enfermaria supracitada, os quais, geralmente, passam em média por três ou quatro ciclos de internações para receberem os tratamentos à base de imunoterapia e quimioterápicos, objetivando a remissão da doença, e em cada ciclo permanecem cerca de um mês sem receber visitas e sem acompanhantes, mantendo contato com os familiares apenas através de meios virtuais, havendo exceção para tal rotina somente em casos onde o paciente possa apresentar limitação física ou quando se percebe o risco de agravamento do quadro clínico com risco de morte iminente.

Tais circunstâncias levam os pacientes a se sentirem bem debilitados física e emocionalmente. Como aponta Ferreira et al. (2022), é importante também considerar as dificuldades envolvidas na adesão às terapêuticas, pois podem produzir efeitos colaterais, como diarreia, náuseas, dores musculares, fadiga e erupções cutâneas, que comprometem as habilidades físicas e cognitivas da pessoa. Tal situação repercute diretamente na independência, rotina e dinâmica familiar do paciente. O tratamento também pode envolver reestruturação do

funcionamento corporal, como nas ostomias, em que são criadas novas vias de acesso para a alimentação ou excreção, muitas vezes em decorrência das inúmeras infecções hospitalares a que estão expostos.

O interesse em realizar essa pesquisa surgiu durante a realização das atividades teóricas e práticas pertencentes ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, com ênfase na área de concentração em Oncohematologia. Os psicólogos que ingressam nesse programa fazem o percurso no setor de Hematologia e Transplante de Medula Óssea (TMO). Durante a atuação como psicóloga residente, observou-se que os pacientes trazem como dificuldade a privação de seu entorno familiar, cuja presença fornece-lhes conforto e suporte neste momento de vulnerabilidade.

Considera-se que a inserção do familiar repercute de maneira positiva no estado emocional e na adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, o que justificou a realização do estudo, a fim de avaliar a relevância da aproximação entre paciente e família. Ao abordar a participação do acompanhante no cuidado ao doente internado, buscou-se contribuir para a ampliação da discussão sobre a possibilidade de ter a família junto ao paciente oncohematológico, em virtude dos benefícios que sua presença pode trazer a este, à própria rede de apoio e à qualidade da assistência.

Compreende-se que a família pode ter um papel central no cuidado ao paciente, podendo contribuir para o tratamento e a qualidade da comunicação estabelecida entre o sujeito adoecido e o profissional. No âmbito da Política Nacional de Humanização (2007), esse estudo pôde suscitar elementos relevantes para a discussão e divulgação de novas iniciativas que visem à humanização do cuidado, contribuindo para uma assistência hospitalar personalizada a cada contexto.

Diante disso, considera-se importante refletir sobre estratégias de cuidado que possam trazer conforto físico, espiritual e emocional ao paciente, bem como discutir com a equipe se as medidas adotadas se articulam com os desejos e necessidades identificados na relação com o paciente. Torna-se indispensável a participação dos pacientes e de seus familiares nas decisões que envolvem o cuidado do sujeito. É possível tomar inúmeras atitudes para favorecer um cuidado humano, aliviar os sintomas e manter a dignidade do paciente (Emadi *et al.*, 2022).

Uma maneira de começar a proporcionar tal cuidado é compreender o quão amplo é o conceito de família. Conforme citado por Monteiro (2017), tal representação pode ser definida como:

Sistema aberto, em transformação, intercomunicante, que forma um conjunto de padrões por meio dos quais os seus membros interagem e regulam o seu comportamento, ou seja, é formada por pessoas que são produtos e produtoras de seu contexto social, cultural e emocional. O comportamento de um membro apenas pode ser compreendido em relação ao contexto do sistema grupal e do meio onde esse indivíduo está inserido. A família é entendida como unidade social intimamente conectada ao paciente através de laços afetivos, não precisando ter parentesco legal ou consanguinidade (Monteiro, 2017, p. 64)”.

Dessa forma, cada unidade familiar deve ser vista como uma instituição que possui sua própria maneira de funcionar, sendo a sua existência, estrutura e capacidade de adaptação dependentes da busca pela manutenção de seu equilíbrio. Quando alguém deste grupo precisa ser hospitalizado, este equilíbrio e os papéis desenvolvidos por cada um é afetado e a internação percebida como algo ameaçador (Monteiro, 2017).

No período anterior à COVID-19, ocorriam visitas na unidade de cuidados oncohematológicos diariamente, no horário de 15h às 17h, sendo 02 (dois) visitantes por vez. Em relação aos acompanhantes, estes eram avaliados pela equipe conforme a necessidade dos pacientes, sendo levado em consideração a idade, como em casos de crianças/adolescentes e idosos, e a capacidade funcional do paciente (se ele consegue deambular sem auxílio, por exemplo).

Durante a pandemia de COVID-19, período em que houve o isolamento social como um meio de contenção do vírus SARS-CoV-2, as visitas no hospital foram cessadas e consequentemente as visitas na enfermaria oncohematológica. Após o arrefecimento da pandemia, as medidas adotadas foram se tornando mais flexíveis em tal hospital e as visitas para pacientes internados foram sendo retomadas aos poucos. No entanto, não foi o que aconteceu na enfermaria de Hematologia, tendo em vista que não há permissão de visitantes e tampouco de acompanhantes para os pacientes desta unidade.

Percebe-se que tal situação se configura como uma problemática para os pacientes e familiares, assim como para os profissionais da equipe multiprofissional. Além de privar o paciente do contato com as pessoas com quem mantém forte vínculo afetivo, cuja presença poderia proporcionar-lhe conforto emocional em um momento de fragilidade, verifica-se uma sobrecarga para a equipe de técnicos e enfermeiros, visto que estes precisam dar maior assistência em decorrência da ausência do acompanhante. Ressalta-se também aqueles pacientes que não dispõem de aparelho celular, seja pela situação socioeconômica, seja por não ter ou desejar o manuseio, como em casos de pessoas com idade avançada, ficando assim impossibilitados da comunicação com os familiares.

Na visão ampliada de saúde, de acordo com Brasil (2007), cuidar é algo para além dos tratamentos biomédicos, perpassando a criação de um ambiente que permita à pessoa doente ou hospitalizada a descoberta de um novo sentido e valor de sua existência, não só para si mesma, mas também para aqueles que a cercam. O cuidado pode produzir segurança e confiança, possibilitando que a pessoa recupere e manifeste a sua vitalidade, bem como favorecendo a eficiência dos tratamentos. Para alcançar esse objetivo, é necessário que o cuidado ofertado pela equipe inclua a subjetividade do paciente e a forma deste de se relacionar com o meio.

O diagnóstico de uma doença ameaçadora pode provocar no indivíduo e em sua família sentimentos de tristeza e revolta, assim como insegurança quanto ao êxito do tratamento. A maioria desses pacientes estão no auge de sua fase produtiva e viver o drama da doença, a complexidade do tratamento e os riscos a que estão expostos exige um enfrentamento para as mudanças abruptas nas suas atividades diárias (Rocha, 2016). Portanto, por se observar as dificuldades enfrentadas pelos pacientes portadores de neoplasias hematológicas, percebe-se ser imperativo pensar sobre as formas de cuidado prestadas pela equipe de saúde.

Desse modo, entende-se que promover a aproximação da família com o paciente é uma forma de cuidar e de dar continência às dores que podem emergir durante o tratamento. Segundo Brasil (2007), os desdobramentos da visita aberta e do acompanhante contribui para a manutenção de uma melhor adaptação ao contexto hospitalar, como se observa na passagem abaixo:

Favorecem uma continuidade entre o contexto da vida em família e na comunidade e o ambiente hospitalar, para que o doente não desenvolva o sentimento de ter sido arrancado de sua vida cotidiana; Dão expressão vital a essa continuidade, trazendo o cheiro dos territórios afetivos para dentro do hospital, de modo a atestar o respeito da instituição à continuidade da vida das pessoas internadas; Criam, com a presença da comunidade no seio do hospital, as condições propícias para a expressão do autêntico da vida da pessoa internada; Trazem a noção de que reconhecer a pessoa em sua expressão subjetiva e sociocultural constitui a base para a sua co-responsabilização pelas condutas terapêuticas (p. 9).

A família tem uma estrutura de funcionamento que forma uma rede de interações, com o propósito de cuidar dos seus membros. O cuidado oferecido pela família é fundamental para que o indivíduo possa viver as etapas de seu diagnóstico, tratamento e reabilitação de modo único, atribuindo significado e buscando superar o impacto do diagnóstico do câncer, bem como os estigmas que cercam esse processo (Bonfim, 2008).

Diante do contexto de tratamento e hospitalização dos pacientes oncohematológicos apresentado, a relevância do estudo consistiu na convocação ao diálogo a

respeito de estratégias de cuidado ao paciente, entendendo a família como parceira da equipe, fomentando uma assistência integral ao paciente e ao familiar, na qual se comprehende o sofrimento do sujeito atravessado por aspectos físicos, emocionais, espirituais, familiares e sociais.

Como consequência, objetivou-se avaliar se a presença do familiar favorece o conforto emocional e o processo adaptativo do paciente oncohematológico durante a internação na enfermaria de hematologia. Para isso, buscou-se descrever o atual cenário de liberação de visita/acompanhantes; identificar as dificuldades percebidas pelo paciente durante o período de internação, quando estão no hospital; verificar se a presença do familiar possibilita uma melhor comunicação equipe-paciente e uma maior adesão ao tratamento; investigar se a participação do acompanhante no cuidado ao paciente contribui para sua adaptação ao ambiente hospitalar e ao tratamento.

2 METODOLOGIA

Para obter os resultados e respostas acerca da problematização apresentada neste trabalho, optou-se por realizar um estudo com metodologia qualitativa, uma vez que se pretende compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos a partir da percepção dos participantes ante um contexto natural e relacional da realidade que os rodeia, com base em suas experiências, opiniões e significados, de modo a exprimir suas subjetividades. Ou seja, o material em observação são os discursos, e seus instrumentos são a análise e a interpretação da linguagem dos pacientes internados para tratamento oncohematológico na enfermaria hematológica de um hospital universitário (Silva et al., 2018).

A pesquisa qualitativa, segundo Godoy (1995),

[...] não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (p. 58).

O estudo deste trabalho fundamentou-se em ideias e pressupostos teóricos que apresentaram significativa importância na definição e construção dos conceitos discutidos nesta análise, dentre os quais humanização da assistência, família estendida, hospitalização, hematologia etc. Tais conceitos foram pesquisados em estudos nacionais na base de dados Scielo, Google Acadêmico, sites especializados sobre o tema e em repositórios de universidades e livros.

Assim sendo, o trabalho transcorreu a partir do método de Análise de Conteúdo de Bardin. As entrevistas ocorreram no período recortado de março a maio de 2024, constituindo uma pesquisa de caráter exploratório, na qual foi possível compreender o que há de relevante nas comunicações expostas pelos participantes. A população do estudo foi composta por homens e mulheres, com idade a partir de 18 anos, internados na enfermaria de hematologia e com diagnóstico de câncer hematológico. Bardin (1977) destaca que a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, cujo objetivo consiste na obtenção de indicadores que permitam a conclusão de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção de procedimentos sistemáticos, bem como de descrever o conteúdo das mensagens. Esses dados devem ser trabalhados de forma objetiva pelo analisador para que se possa abstrair deles o seu significado, evitando assim suposições, conforme segue:

O analista é como um arqueólogo. Trabalha com vestígios: [...]. Mas os vestígios são a manifestação de estados, de dados e de fenômenos. [...], o analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula, para inferir (deduzir de maneira lógica)

conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio, por exemplo. Tal como um detetive, o analista trabalha com índices cuidadosamente postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos (Bardin, 1977, p. 39).

Além do levantamento bibliográfico, foram utilizados na coleta de dados os seguintes instrumentos: um questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada. Partindo dessa conjuntura, permitiu-se a exploração da base teórica e a familiarização com o objeto estudado, o que levou à construção do aporte teórico necessário para a discussão dos conteúdos obtidos (Gondim, 1999). Como podemos conferir na tabela 1, o questionário sociodemográfico buscou conhecer algumas características dos participantes a fim de delinear o perfil dos entrevistados, tais como: nome, idade, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação, religião, diagnóstico e residência.

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos

NOME	IDADE	GÊNERO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	RELIGIÃO	DIAGNÓSTICO	RESIDÊNCIA
Paciente A	32	masculino	solteiro	superior incompleto	vendedor	cristão	linfoma	Fortaleza-Ce
Paciente B	33	feminino	solteira	fundamental incompleto	agricultora	evangélica	leucemia	Fortaleza-Ce
Paciente C	36	feminino	solteira	superior incompleto	maquiadora	cristã	leucemia	São Miguel - RN
Paciente D	72	masculino	solteiro	superior incompleto	aposentado	espírita	leucemia	Fortaleza-Ce
Paciente E	39	feminino	divorciada	médio incompleto	babá	católica	leucemia	Sobral-Ce
Paciente F	47	feminino	solteira	fundamental incompleto	costureira	católica	leucemia	Fortaleza-Ce
Paciente G	45	masculino	união estável	fundamental completo	microempresário	evangélico	linfoma	Maracanaú-Ce

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Já a entrevista, constantemente tomada como seção metodológica fundamental para investigar o ponto de vista dos sujeitos e capturar a experiência do outro (Britten, 2009), norteiou-se por algumas perguntas pré-definidas, dentre as quais: “A que pessoas você costuma recorrer quando necessita de algum tipo de ajuda?”, “Quem você identifica como sua rede de

apoio?”, “Como são essas relações?”, “O que você sabe sobre o fluxo de visitas na enfermaria?”, “Como você percebe a assistência da equipe?”, “Você tem alguma sugestão de melhoria para o serviço?”. O método de pesquisa escolhido favoreceu uma liberdade na análise de se mover por diversos caminhos do conhecimento. Isso possibilitou assumir diversas posições no decorrer do percurso, não obrigando atribuir uma resposta única e universal a respeito dos objetos.

O trabalho, obedecendo a padrões éticos, foi avaliado e aprovado pela comissão de ética e pesquisa da Universidade Federal do Ceará de acordo com o parecer: 6.763.244. Em seguida, os pacientes convidados a participar deste estudo foram esclarecidos sobre os objetivos e condições de realização da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo aceitado participar voluntariamente – sabendo que não haveria nenhum valor a receber ou pagar por sua participação. Foi utilizado gravador para a realização das entrevistas, com o prévio consentimento dos sujeitos entrevistados, para que suas falas fossem registradas de forma precisa. Garantiu-se o sigilo dos participantes com base na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise das informações, emergiram muitas falas que dizem respeito às dificuldades e processos de adaptação dos pacientes internados. O afastamento de suas referências de cuidado e a ressignificação de onde encontrar tal apoio foram relatados por muitos dos participantes da pesquisa. Dessa forma, os resultados e discussões foram elencados em três categorias de análise, sendo elas: recursos de enfrentamento; rede de apoio e flexibilização do fluxo de visitas. Foram realizadas no total sete entrevistas, visto tempo de internação prolongado dos participantes e a recusa de dois pacientes. Os dados sociodemográficos da amostra estão descritos na tabela 1. Com uma faixa etária entre 32 e 72 anos, a pesquisa revelou uma amostra majoritariamente feminina, com um perfil religioso predominantemente cristão. A heterogeneidade nos níveis de escolaridade era notável, com 1 participante tendo concluído o Ensino Fundamental, 2 com Ensino Fundamental incompleto, 1 com Ensino Médio incompleto e 3 com Ensino Superior incompleto. Com o propósito de preservar a identidade dos participantes, seus nomes foram substituídos pela palavra “paciente” adicionada a letras do alfabeto, seguindo a ordem dos entrevistados. Os resultados foram agrupados e discutidos conforme os relatos de cada voluntário da pesquisa.

3.1 RECURSOS DE ENFRENTAMENTO

O processo de adoecimento acontece de forma imprevisível na vida de um indivíduo, alterando sua rotina, proporcionando reflexões acerca da finitude da vida, modificando o desempenho de seus papéis, acarretando uma série de demandas inesperadas que podem resultar em um período de crise. Compreende-se crise como momentos de rupturas, onde há uma redução significativa da capacidade do sujeito de encontrar soluções para um problema que interfere em sua capacidade de equilíbrio. Ocorre um aumento do nível de tensão que faz o indivíduo desestabilizar-se. Reações de ajustamentos são necessárias, pois sentimentos, percepções distorcidas da realidade ou mesmo reais e insuportáveis, fantasias destrutivas, exames e procedimentos médicos, prognóstico, põe em dúvida o grau de suportabilidade do paciente (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Dessa maneira, nota-se que o processo de adaptação a uma nova forma de se relacionar com seu corpo e seu entorno social e familiar influencia o progresso de um tratamento. Para lidar com essa condição de saúde, as pessoas com câncer podem utilizar

diferentes estratégias de enfrentamento, pois a sobrecarga aos recursos pessoais poderá vir acompanhadas por sintomas de ansiedade, medo ou depressão (Rocha et al., 2019).

Os recursos que cada pessoa vai empregar dependem do contexto em que está inserida e de suas experiências de vida. Conforme Chequini (2007), existem inúmeros fatores que interagem entre si para que haja ou não resiliência diante de uma situação difícil, como por exemplo os chamados fatores de riscos, entendidos como os elementos ou circunstâncias ambientais, biológicas, genéticas ou sociais que corroboram para o aparecimento de uma desordem emocional ou interferem negativamente no modo de lidar com as situações adversas, e os fatores protetivos, os quais ajudam no enfrentamento de situações difíceis, podendo reparar os riscos ou até mesmo preveni-los. Podemos evidenciar nas falas dos participantes, como a religiosidade/espiritualidade constitui uma importante estratégia protetiva de enfrentamento diante da hospitalização:

Paciente A: "Mas eu creio que Deus é maravilhoso e Ele está me dando muita força."

Paciente B: "Acho que medo, mas ao mesmo tempo com muita fé."

Paciente C: "Escuto louvor, vou escutar oração. Enrolo meu rosto, choro um pouquinho, aí depois converso com Deus, aí passa."

Paciente E: "Eu gosto muito de ouvir louvor pra me acalmar mais."

Paciente F: "Eu tive, não sei se sorte, se Deus me ajudou muito, eu não tive muita dificuldade. Quando eu consegui, graças a Deus, foi rápido, meu tratamento fluiu muito bem."

Paciente G: "Geralmente eu procuro me fortalecer em Deus, procurar força nos familiares e amigos."

Estes dados corroboram os achados trazidos por Fornazari e Ferreira (2010), os quais mostraram que o enfrentamento religioso é utilizado como fonte de conforto em momentos de vulnerabilidade, de adoecimento e de dor, podendo aparecer como elemento que colabora na adesão ao tratamento, no enfrentamento da problemática, na redução do estresse e ansiedade, e na busca de significado para o atual momento que vivencia.

As condições clínicas do paciente não estão distantes de suas condições emocionais e de toda experiência de possível dor que a situação que se apresenta lhe expõe. Para Angerami-Camon (2010, p. 2), “Ao ser hospitalizado, o paciente sofre um processo de total despersonalização. Deixa de ter o seu próprio nome e passa a ser identificado pelo número de um leito ou então alguém portador de uma determinada patologia”. O uso da tecnologia de informação e comunicação (TIC) pode diminuir a sensação de fragmentação e isolamento, uma

vez que ao proporcionar a aproximação afetiva do paciente com a família, contribui para a continuidade de sua rotina e do desempenho de seus papéis, ajudando-o a se enxergar para além de seu papel de doente (Moreira, 2023). As falas abaixo ilustram a importância de tal recurso para promover a sensação de pertencimento a um grupo e reduzir o sentimento de solidão:

Paciente F: *"Eu acredito que por a gente ter um aparelho celular dentro do quarto, a gente não se sente tão sozinha." ... "Fala com alguém no zap e já recebe um apoio."*

Paciente G: *"Mais via celular, no caso, mensagem, essas coisas." ... "No caso, eles continuam pelas mensagens, pelas ligações. E vem sempre aqui na janela, né? Passa um bom tempo conversando comigo e tudo."*

Portanto, as TICs se mostram essenciais como um elo de ligação entre o paciente e sua rede de apoio. Quando utilizadas de forma eficaz, proporcionam suporte emocional, facilitam a troca de informações relevantes sobre o tratamento e permitem a manutenção de relações sociais, indo além dos aspectos estritamente clínicos. Essa conectividade contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, promovendo o bem-estar psicológico e a sensação de pertencimento. É fundamental ressaltar, no entanto, que as tecnologias, por mais avançadas que sejam, não substituem a importância do contato humano e da presença física dos entes queridos, o que pode ser observado na fala do Paciente G, o qual faz menção da importância do diálogo com os familiares pela janela da enfermaria.

3.2 REDE DE APOIO

Na pesquisa, a relação estabelecida entre o paciente e sua rede de apoio despontou como fator de proteção. Nas entrevistas, tanto a família como a equipe de enfermagem emergiram no discurso dos sujeitos como fontes de apoio. É esperado que uma pessoa se sinta vulnerável depois de receber um diagnóstico de câncer e ter o familiar participando do seu cuidado pode atenuar o sofrimento do paciente. É importante entender que “Quando falamos em família, referimo-nos a esta no seu sentido mais amplo, considerando as pessoas mais importantes no momento de vida atual do paciente e reconhecidas assim por ele” (Campos e Vilaça, 2022, p. 25). Algumas dessas percepções podem ser evidenciadas abaixo:

Paciente A: *"A minha tia é minha rede de apoio total, é meu chão, meu alicerce. Ela mesmo que tá resolvendo tudo, em relação a tudo mesmo. As médicas conversam com ela. Então sim, ela é meu alicerce."*

Paciente B: *"Mas essa questão de ficar longe de todo mundo é o que mais machuca mesmo."*

Paciente D: "Eu sou cuidado na Terra, pelos Espíritos da Terra, principalmente meu filho e minha filha, tá certo?"

Paciente E: "A minha mãe e meus filhos, mas quem me acompanha em tudo é minha mãe. Mulher é algo inexplicável, que eu não sei nem explicar assim. Ela me transmite assim, muita coisa boa, sabe? Do medo, ela tira o medo de tudo, é muito inexplicável."

Paciente G: "A família, por parte da minha família, mãe, irmão, e a família da minha esposa, que também está dando um suporte muito grande, um apoio muito grande. E uma rede de amigos com relação a todos se juntarem e me ajudar nesse momento um pouco mais delicado."

Nas falas é possível identificar diferentes formas de apoio, provenientes não somente do núcleo familiar do paciente, mas também de vínculos afetivos construídos após o matrimônio, bem como com amigos. A constituição da rede de apoio, portanto, é subjetiva, não podemos pressupor a importância do vínculo pelo parentesco, quem vai nos dizer o valor de cada relação é o paciente. Essa rede de apoio sociofamiliar parece funcionar como um lembrete de quem são e o quanto são importantes e amados. O suporte fornecido pela rede relacional das pessoas é mantido por vínculos afetivos que dependem de percepções que se tem do próprio meio em que se vive, de competências e recursos disponíveis para proteção. Essa rede oferece possibilidades de apoio nos momentos de crise, proporciona aos indivíduos a oportunidade de mudança, motiva-os a buscar soluções viáveis, que permite a promoção de autonomia, fortalecimento e de resiliência (Brito; Koller, 1999; Juliano; Yunes, 2014). A seguir, é possível observar a importância do vínculo familiar como motivador para enfrentar o processo de hospitalização:

Paciente A: "Minha irmã é uma rede de apoio pra mim muito grande. Eu custumo dizer pra ela, você é minha vida, tudo pra mim. Então fique bem, que eu estou bem."

Paciente B: "E aqui tenho duas amigas que moram aqui, caso necessite de alguma urgência, elas vêm até chegar alguém da minha família."

Paciente C: "Tem a minha filha, eu quero ficar boa, primeiramente Deus, né, e cuidar dela, meu sonho é ficar boa pra me cuidar da minha filha."

Paciente F: "Eu vou falar especificamente de meu companheiro e meus cinco filhos, porque eu tenho cinco filhos. E vou falar especificamente deles, que é quem tá pra toda hora que eu precisar."

Como citado anteriormente, os pacientes internados na enfermaria para tratamento hematológico não podem receber diretamente o suporte familiar. E, sendo uma rede de apoio entendida como um “conjunto de sistemas e de pessoas significativas, que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos pelo indivíduo” (Brito e Koller, 1999, p. 117),

observa-se a importância da ampliação dessa rede de apoio para o processo de adaptação. Desse modo,

“(...) o apoio dos profissionais de saúde é um pilar fundamental para que haja uma nova organização emocional e dos papéis desempenhados. Esses períodos são de extrema fragilidade e, por isso, receber o apoio integral da equipe possibilita que a segurança externa, a firmeza, a compreensão, o acolhimento e o respeito pelas vivências dolorosas proporcionem amparo no desamparo” (Campos; Vilaça, 2022, p. 25)

A experiência de internação hospitalar, embora necessária em muitos casos, pode ser um período desafiador para os pacientes. A doença, o afastamento do ambiente familiar e a incerteza sobre o futuro podem gerar ansiedade, medo e estresse. Nesse contexto, a qualidade da relação estabelecida entre o paciente e a equipe de saúde emerge como um fator crucial para a experiência hospitalar e para a recuperação do paciente. No relato dos entrevistados percebemos que o apoio da equipe de saúde despontou como fator de proteção:

Paciente A: *"Então, eu tive isso e assim, rapidamente as meninas me deram um medicamento, rapidamente as meninas, eu acho as meninas aqui muito atenciosas, muito atenciosas mesmo, claro que nada, nada preenche o sentimento da sua família, óbvio, mas a atenção, é que eu tava conversando até com a minha família sobre isso, a atenção das meninas e dos meninos com a gente, é assim, eu tava até falando pro pessoal da minha família, dizendo, gente, são anjos, anjos que colocaram nas nossas vidas aqui dentro desse hospital, porque são pessoas muito maravilhosas, muito mesmo."*

Paciente A: *"A gente sente falta e tudo da nossa família, mas assim, vem uma brinca, vem uma conversa, tem uma que senta aqui e fica comigo horas conversando, sabe? Então assim, é bom e é ruim, porque ninguém queria estar no hospital, mas as meninas fazem que isso seja mais leve."*

Paciente B: *"Eles são muito prestativos aqui. Eu acho eles bem atenciosos."*

Paciente C: *"As enfermeiras, né, as meninas são muito gente boa, você também. (...) Elas são bem simpáticas, bem amorosas com a gente. Bem acolhedoras, eu gosto delas."*

Paciente D: *"Uma funcionária, por livre e espontânea vontade, ela resolveu que ia melhorar a minha...vida"*

Paciente E: *"Aí eu converso com as psicólogas que vêm sempre aqui e tem muita enfermeira aqui que a gente conversa e tira mais a gente daquele pensamento."*

Paciente F: *"Existem as pessoas aqui que dão o apoio pra gente emocional caso a pessoa se sinta desse jeito, fragilizada."*

Tal achado corrobora os estudos de Campos e Vilaça (2022), que apontam que a atuação da equipe multidisciplinar pode auxiliar o paciente a desenvolver resiliência e a adaptar-se às novas demandas impostas pela doença. Essa afirmação converge com os achados de Morais et al. (2018), que destacam o vínculo entre paciente e equipe como um fator importante para o bem-estar emocional e a qualidade de vida durante o tratamento oncológico.

Contudo, ressalta-se que a relação estabelecida entre a equipe de saúde e o paciente pode funcionar tanto como fator de proteção como de risco a depender de como o sujeito a percebe. Por mais que se busque construir um ambiente de confiança e colaboração entre equipe e paciente, com clareza e consenso sobre objetivos e estratégias de cuidado, ainda encontramos algumas barreiras. A disparidade de conhecimentos entre profissionais da saúde e pacientes, especialmente em relação à terminologia técnica, pode dificultar a compreensão das informações sobre o quadro clínico. Ademais, a simples transmissão de informações sobre a doença e o tratamento não garante que o paciente comprehenda e aceite as decisões tomadas sobre sua saúde (Arrais e Campos, 2022). Nesse sentido, a comunicação pode dificultar a elaboração das mudanças vividas, conforme pode ser observado nas falas a seguir:

Paciente E: *"Mas tem algumas pessoas, tipo médico, que tem horas que não entende alguma coisa que a gente fala, né? Acha que a gente tá querendo se recuar de alguma coisa e às vezes não é, porque tem coisas que às vezes precisamos se adaptar, então acho que seria melhor a maneira assim de tratar deles entender o lado da gente, porque a gente já tá na situação né, doente, aí tem coisa que eles querem que seja assim, num estalar de dedos."*

Paciente F: *"Existe uma coisa que me sufoca aqui. É a quantidade de pessoas que vem todo dia te perguntar como tu tá se sentindo. Porque quando vem um de manhã, um médico de manhã, e ele te pergunta como tu tá se sentindo, ele anota todas as informações lá. Mas essas informações não são checadas pra um outro vir e olhar."*

Para Câmara, Arrais e Lopes (2024), a comunicação eficaz não se limita à transmissão de dados, mas envolve a construção de significados compartilhados a partir das experiências e emoções de cada sujeito. Para as autoras, torna-se fundamental uma formação que prepare profissionais para lidar com a complexidade das relações humanas, aliando o conhecimento técnico à sensibilidade e à empatia. Nas falas supracitadas, os usuários do serviço enfatizam a importância de uma postura empática por parte da equipe de saúde, na qual haja um movimento de acolhimento e aproximação que permita compreender a experiência vivida e a assimilação do conteúdo em suas nuances emocionais. O estado emocional pode reverberar na internalização das informações, sendo necessário respeitar o tempo de adaptação de cada um ao que lhe foi comunicado. Além disso, o paciente F salienta a importância da comunicação entre os membros da equipe, trazendo o desconforto gerado na repetição de informações pessoais.

Complementando essa perspectiva, Arrais e Campos (2022, p. 44) asseveram que “a individualização da comunicação faz-se necessária, observando para que esta se conecte ao movimento de integração dos novos conteúdos, sem apoiar-se em mentiras, nem forçar explicações técnicas detalhadas e desnecessárias”. Nesse contexto, a equipe deve buscar estabelecer um relacionamento terapêutico baseado na humanização e na comunicação clara,

visando reduzir a ansiedade do paciente e fortalecer sua adesão às recomendações de cuidado. Vale ressaltar que todos os membros da equipe de saúde são corresponsáveis pela qualidade do processo comunicacional.

3.3 FLEXIBILIZAÇÃO DO FLUXO DE VISITAS

A humanização do cuidado em oncologia passa pela valorização do papel da rede de apoio, especialmente da família. A presença dos familiares durante a hospitalização proporciona conforto emocional e psicológico ao paciente, contribuindo para uma experiência mais humanizada. Conforme Lima et al. (2012), o apoio social é fundamental para o bem-estar dos pacientes com câncer, influenciando diretamente sua satisfação com o tratamento e sua qualidade de vida. Ao permitir uma maior interação familiar, não apenas fortalece os vínculos, mas também contribui para a melhoria da percepção do paciente sobre o cuidado recebido, alinhando-se aos princípios da humanização.

A flexibilização do fluxo de visitas, emergente das análises, revela-se um aspecto substancial na experiência de hospitalização. Os relatos dos pacientes demonstram como a presença de familiares e amigos, em horários e frequências mais flexíveis, contribui significativamente para a construção de uma rede de apoio sólida. Essa flexibilidade, ao permitir um contato mais próximo e contínuo com pessoas queridas, auxilia no enfrentamento de momentos de angústia e incerteza, proporcionando conforto emocional e fortalecendo a adesão ao tratamento. Podemos verificar isso a partir dos trechos a seguir:

Paciente B: "Bem, a questão de acompanhante, eu acredito que quando o paciente está estável até que dá pra manter mesmo sem o acompanhante. O interessante seria uma visita ou outra, né? Porque fortaleceria mais ainda a gente."

Paciente C: "Mas seria bom se a gente pudesse receber, né? Mesmo que não fosse todo dia, mas ao menos uma vez por semana. Você passar o mês todo longe da família é ruim, né? (...) Visita, ao menos uma vez por semana, para a pessoa, se puder, seria bom."

Paciente D: "E a pessoa que esteve aqui neste instante agora, um dia ela chegou pra mim aqui e disse assim: 'O senhor está muito triste, tá?' Aí eu digo, você quer o quê? Claro, é natural que eu fique triste. 'É porque saudades dos seus filhos?' Eu digo, é. 'Eu vou falar com a assistente social pra ela deixar seus filhos virem.' Cara! Eu só faltei, se tivesse um banheiro aqui perto, eu corria lá pra poder chorar de felicidade, de alegria. Então, não pode ser uma exceção, tipo, a família precisa ver o pai. Então, uma vez por semana, aquela família vai, faz a Covid. Não tem problema não. Faz o teste de Covid, toma um banho, se limpa, se higieniza, bota máscara... Não tem problema isso. Mas eu acho, eu acho cruel. Dói, em mim dói passar muito tempo sem ver meu filho, tá? Minha filha, quando veio aqui, a gente foi na capela, a gente sentou um do lado do outro e ficamos lá, conversando e tal. Foi ótimo, foi maravilhoso. A

minha primeira temporada de 60 dias eu superei por conta desses dois fatos específicos."

Paciente F: "Ter um dia para receber visita, talvez fizesse bem a algumas pessoas, a muitas pessoas. Pra mim também."

A percepção de cuidado e atenção individualizada, proporcionada pela flexibilização das visitas, emerge como um fator de proteção, mitigando os impactos do adoecimento e promovendo uma melhor qualidade de vida durante a internação. Para Brasil (2007), ao cuidar, não apenas tratamos a doença, mas também cuidamos da pessoa, promovendo sua saúde integral. Proporcionar segurança e confiança é investir na resiliência do paciente, fortalecendo sua capacidade de enfrentar a doença e aderir aos tratamentos.

O apoio familiar emerge como um pilar fundamental no tratamento oncológico, impactando significativamente no processo saúde-doença das pessoas. Alecrim et al. (2020) demonstraram em sua pesquisa sobre a percepção de pacientes oncológicos em cuidados paliativos que a presença de familiares durante o tratamento está diretamente relacionada a uma percepção de maior bem-estar e qualidade de vida pelos pacientes. Essa evidência científica corrobora a Política Nacional de Humanização, que, desde 2007, reconhece o direito à visita como um elemento essencial para a humanização do cuidado em saúde. Ao garantir o elo entre o paciente e sua rede social, a política supracitada reforça a importância do apoio familiar no processo de cuidado, compreendendo-a como fonte de apoio emocional e prático. A presença de familiares proporciona um sentimento de segurança, reduz o estresse, aumenta a adesão ao tratamento e facilita a comunicação com a equipe de saúde. Por outro lado, a ausência de familiares pode gerar sentimentos de solidão, ansiedade e até mesmo depressão, comprometendo significativamente a recuperação dos pacientes, além de dificultar a adesão ao tratamento (Alecrim et al., 2020; Brasil, 2007).

Os relatos dos pacientes, corroborados pela literatura científica e pelas políticas de humanização, apontam que a flexibilização das visitas hospitalares é um fator determinante para a melhoria da qualidade de vida durante o tratamento oncológico. Ao promover um ambiente mais acolhedor e humanizado, a presença da família fortalece o vínculo paciente-família-equipe, contribuindo para uma experiência mais positiva e menos traumática. A humanização do cuidado, nesse contexto, vai além de procedimentos técnicos, englobando a dimensão emocional e social do paciente, reconhecendo a importância da rede de apoio na construção de um tratamento mais integral e centrado nas necessidades individuais.

4 CONCLUSÃO

Durante a hospitalização dos pacientes com câncer hematológico, percebe-se a ausência de um suporte familiar essencial. Os relatos dos pacientes demonstram como essa ausência impacta negativamente o bem-estar emocional, dificulta a adaptação ao tratamento e aumenta o sentimento de isolamento, comprometendo significativamente a qualidade de vida no período da internação. Diante desse cenário, a necessidade de um ambiente hospitalar mais acolhedor e humanizado torna-se evidente.

Os pacientes demonstraram entender o controle do fluxo de pessoas dentro da unidade pelo risco de infecção, tendo em vista a baixa imunidade decorrente do tratamento quimioterápico. A comunicação clara e objetiva sobre as razões para as restrições de visitas, bem como a relação de confiança estabelecida com a equipe foi crucial para que os pacientes se adaptassem às normas da unidade e as compreendessem como uma forma de cuidado.

Ademais, tal comunicação também desempenhou um papel fundamental na mudança de percepção sobre a necessidade de apoio social, pois quando se oportunizou um diálogo aberto entre a equipe de enfermagem e o paciente, como exposto na categoria referente à rede de apoio, permitiu-se que este expressasse suas necessidades, o que contribuiu para a emergência da flexibilização das visitas como uma importante estratégia de cuidado a fim de facilitar o enfrentamento dos pacientes, fornecendo-lhes conforto emocional.

Os resultados desta pesquisa corroboram a necessidade de políticas institucionais que promovam a flexibilização das visitas hospitalares, garantindo o direito dos pacientes à presença de seus familiares e amigos. Ao favorecer a participação da família, o processo de tratamento torna-se menos angustiante para o paciente, reforçando a importância da humanização do cuidado, que exige um olhar atento para as necessidades emocionais e sociais dos pacientes, para além das dimensões biológicas e clínicas.

A implementação de diretrizes mais flexíveis de visitação exige uma reorganização da rotina hospitalar, com a criação de espaços adequados para a convivência familiar e a sensibilização de toda a equipe multiprofissional a respeito da importância do apoio familiar. A formação continuada dos profissionais, aliada à implementação de protocolos que garantam a segurança dos pacientes e dos visitantes, é imprescindível para a efetivação dessa medida e para a construção de um ambiente hospitalar mais acolhedor e humanizado. Salienta-se ainda a importância de avaliar, no processo de estruturação do protocolo, como as relações familiares e sociais foram edificadas na história de vida do sujeito, bem como o desejo do paciente e do familiar.

Embora os resultados sejam promissores, são necessárias mais pesquisas para aprofundar o entendimento sobre o impacto da flexibilização das visitas na trajetória de tratamento e na qualidade de vida dos pacientes oncológicos, considerando diferentes tipos de câncer, contextos culturais e socioeconômicos, e fases do tratamento. Além disso, é fundamental investigar os desafios e as melhores práticas para a implementação dessa medida em diferentes cenários hospitalares.

Portanto, ao reconhecer a importância do apoio familiar e implementar medidas que promovam a humanização do cuidado, as instituições de saúde podem contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com câncer e de seus familiares, favorecendo o processo de adaptação de todos os atores envolvidos ao processo de adoecimento e tratamento, como também a travessia saudável pelas dores, dificuldades e desafios que perpassam as experiências vivenciadas no ambiente hospitalar.

7 REFERÊNCIAS

- ALECRIM, T. D. P.; MIRANDA, J. A. M. de; RIBEIRO, B. M. S. S. Percepção do paciente oncológico em cuidados paliativos sobre a família e a equipe de enfermagem. **CuidArte, Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 206-212, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147120>. Acesso em 25 out 24.
- ARRAIS, R. H.; CAMPOS, E. M. P. Comunicação: eixo orientador do cuidado. In: CAMPOS, E. M. P.; VILAÇA, A. P. O. (Orgs.). **Cuidados paliativos e psico-oncologia**. 1. ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2022. p. 37-47.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977. Disponível em: <<https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>>. Acesso em 13 dez. 23.
- BONFIM, I. M. Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. 2008. 95 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante. 2007.
- BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, Alysson Massote (org.). **O Mundo Social da Criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre (RS): Artmed, 2009. p. 23-31.
- CÂMARA, R. A.; ARRAIS, R. H.; LOPES, F. G. Participação da psicologia na comunicação em cuidados paliativos: atuação com paciente, família e equipe. In: LOPES, F. G. (Org.). **Psicologia e cuidados paliativos: a tessitura de olhares e intervenções**. Londrina: Lucto, 2024. p. 109 - 130.
- CAMON, V. A. A. Psicologia Hospitalar. **Teoria e Prática. 2ª edição**. São Paulo. Editora Cengage Learning, 2010.
- CAMPOS, E. M. P.; VILAÇA, A. P. O. Cuidados paliativos e Psico-oncologia. 1. ed. – Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2022.
- CHEQUINI, M. C. M. A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. *Psicologia Revista*, v. 16, n. 1/2, p. 93-117, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília: CFP, 2019.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Disponível em:
 <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 dez. 2023.

DE LIMA, Lilian Moura et al. Adoecer de câncer: o agir e o sentir do grupo familiar. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 11, n. 1, p. 106-112, 2012.

EMADI, A.; LAW, J. Y. **Considerações gerais sobre a leucemia**. Manual MSD, 2022. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BAbios-do-sangue/leucemias/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-a-leucemia?query=tratamento%20leucemias#v775835_pt> Acesso em: 10 dez. 2023.

FERREIRA, V. S.; DE LIMA, I. L. B. Vivências de pacientes durante e após o tratamento de câncer: relato de experiência profissional em Psicologia em um ambulatório de Onco-Hematologia. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 11, n. 2, p. 94-107, 2022. Disponível em: <<https://psico.fae.emnuvens.com.br/psico/article/view/400/311>>. Acesso em: 28 dez. 2023.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, p. 265-272, 2010.

GALE, Peter. **Visão geral sobre câncer**. Manual MSD, 2022. Disponível em:<<https://www.msdmanuals.com/pt/casa/c%C3%A2ncer/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-o-c%C3%A2ncer/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-o-c%C3%A2ncer>> Acesso em: 10 dez. 2023.

GODOY A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, mar-abr, p. 57-63, 1995.

GONDIM, L. M. de P. Pesquisa em ciências sociais: o projeto da dissertação de mestrado. Fortaleza: EUFC, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **O que é câncer?**. Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:<<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>> Acesso em: 08 dez. 2023.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 135-154, Set. 2014.

MONTEIRO, M. C. A morte e o morrer em UTI - família e equipe médica em cena. Curitiba: Appris, 2017.

MORAIS, Gabriella Bento et al. A valia do vínculo na relação equipe multidisciplinar-paciente oncológico para a continuidade do cuidado: uma revisão integrativa. **REVISTA SAÚDE & CIÊNCIA**, v. 7, n. 2, p. 114-124, 2018.

MOREIRA, Sarah Lins de Barros et al. Histórias contadas a partir do uso de tecnologias da informação e comunicação em uma Unidade Covid-19. 2023.

ROCHA, Marisa Ferreira et al. RECURSO DE ENFRENTAMENTO OU MECANISMO DE DEFESA? A FÉ NO LEITO DE HOSPITAL. 2019.

ROCHA, V. DA . et al.. Comprometimento social de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 484–491, maio 2016.

SILVA, R. M. da et al. Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. **Sobral: edições UVA**, 2018.