

NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA: QUANDO O CUIDADO É PALIATIVO

Caroline Forati Mendes
Dulce Grasel Zacharias

RESUMO

Este estudo visa explicar um pouco acerca do trabalho realizado pelo Serviço de Psicologia do Centro de Oncologia Integrado (COI) do Hospital Ana Nery (HAN) em um dos inúmeros casos acompanhados. A paciente atendida foi acometida por uma neoplasia maligna de mama, tendo inúmeras recidivas e sendo necessário acompanhamento psicológico quando ficou clara a irreversibilidade do quadro. A compreensão da dinâmica familiar foi de suma importância para realização do trabalho enquanto cuidado paliativo e a contribuição dos conhecimentos advindos da psico-oncologia guiaram os atendimentos. Desse modo, com este estudo, busca-se falar um pouco acerca da família e dos impactos gerados nesta por conta do câncer de mama, bem como do cuidado paliativo e da psico-oncologia e das fases do luto frente à terminalidade.

Palavras-chave: Câncer de mama. Família. Cuidado paliativo. Psico-oncologia.

INTRODUÇÃO

Este estudo pretende explicar e discutir os impactos gerados em um determinado caso, atendimento pelo Serviço de Psicologia do Centro de Oncologia Integrado (COI) do Hospital Ana Nery (HAN), este, referência na área de oncologia. Faz importante destacar que o nome da paciente em questão e demais familiares não serão expostos, a fim de manter o sigilo profissional e assegurar a segurança dos mesmos.

Inicialmente, será apresentada uma breve descrição do caso, com alguns entendimentos que nortearam os atendimentos, bem como serão expostos os motivos para realização e necessidade de acompanhamento psicológico a paciente, com objetivo de elucidar um pouco acerca do trabalho realizado. Posteriormente, será exposto o genograma da paciente em questão, facilitando a compreensão da dinâmica familiar, muito voltada a díade marido e mulher.

Após tal apresentação, será apresentado a discussão do caso, onde será possível explicar um pouco mais acerca do entendimento dinâmico do caso. Os assuntos abordados, giram em torno da família, tendo como autor base Salvador Minuchin, de modo a compreender os impactos do câncer de mama diante do sistema familiar da paciente. Além disso, será discutido um pouco acerca do papel da psico-oncologia e do cuidado paliativo frente a terminalidade, sendo expostos também dois estágios dos estágios do luto criados pela Psiquiatra Elisabeth Klüber-Ross, muito explanados em casos de finitude.

Por fim, será realizada uma breve conclusão acerca do caso apresentado, visando elucidar um pouco acerca das percepções geradas no decorrer dos atendimentos e elaboração do presente estudo.

METODOLOGIA

O estudo é parte de um método qualitativo e surge inicialmente da realização de um estudo de caso, com objetivo de obter uma maior compreensão e aprofundamento acerca da psico-oncologia e do cuidado paliativo para atendimento do caso. O mesmo foi acompanhado por uma estagiária do Serviço de Psicologia do Centro de Oncologia (COI) do Hospital Ana Nery (HAN), sendo supervisionado pela Psicóloga responsável. Os atendimentos são realizados conforme solicitações médicas ou da equipe de enfermagem, sendo este caso solicitado pela Dra A., médica do hospital supracitado e realizado de forma prospectiva e concluído após término dos atendimentos.

Descrição do caso

J. A. N., 26 anos, em União Estável com L. R. P., dois filhos menores (três e nove anos), residente de Venâncio Aires, inicia acompanhamento junto ao Centro de Oncologia Integrado (COI) do Hospital Ana Nery (HAN) em março de 2016, sendo diagnosticada com câncer de mama de tipo indeterminado. No mesmo ano, a paciente realizou apenas um atendimento com o Serviço de Psicologia do COI durante sessão de quimioterapia, devido ao início do tratamento, não seguindo em acompanhamento por já estar em atendimento em seu município, por meio da Liga Feminina de Combate ao Câncer (LFCC). Neste momento, pode-se perceber que a paciente compreende seu quadro clínico, reconhece impacto emocional frente ao início do tratamento, mas possui importantes recursos para enfrentamento.

A paciente foi atendida novamente pelo Serviço de Psicologia do Centro de Oncologia Integrado (COI) do Hospital Ana Nery (HAN) no ano de 2017, devido a solicitação da Dra. A., após avanço do quadro clínico da paciente para prognóstico reservado. No que se refere a sua neoplasia da paciente, conforme consta em seu prontuário, o tipo de câncer que acometeu a paciente é de difícil tratamento, sendo triplo negativo aos receptores hormonais. Desse modo, ocorre a diminuição da resposta a quimioterapia e consequente aumento das chances de recidivas, sendo, desse modo, ainda mais importante a realização de acompanhamento psicológico.

Após a confirmação do diagnóstico, a paciente foi submetida a mastectomia radical, onde a mama é completamente retirada, o que pode agravar o quadro emocional da paciente por interferir diretamente em sua autoestima. Outros agravantes são manifestações cutâneas que também afetam a estética da paciente, como a retração mamária e a *peau*

d'orange. Além disso, a paciente foi submetida a quimioterapia e posterior radioterapia, ambos procedimentos podem gerar inúmeros efeitos colaterais, interferindo diretamente na qualidade de vida da paciente.

Mesmo após estes procedimentos, em 2017, devido à complexidade da neoplasia maligna, quando a paciente realizou revisão pós tratamento, já foram constatados novos nódulos em uma axila, pescoço e pulmões. Com todos estes agravantes, o prognóstico da J. passa a ser reservado, e é neste momento que surge a solicitação de nova avaliação pelo Serviço de Psicologia.

Os atendimentos, realizados por uma estagiária de Psicologia do COI, iniciaram no início de abril, devido solicitação da Dra. A.. Inicialmente, a paciente, que já estava ciente do prognóstico reservado, reconheceu sofrimento diante de seu quadro, mas se demonstrou, naquele momento, fortalecida para enfrentamento emocional da doença. Além disso, destacou uma importante rede de apoio: seus irmãos, que, apesar de morarem distante da paciente, mantinham constante contato, demonstrou também uma forte ligação com os filhos, e uma intensa aliança com o companheiro. Quando ocorriam visitas, a paciente reanimava-se para dar continuidade ao tratamento.

A paciente também foi questionada sobre demais familiares e refere que seus pais faleceram quando ela ainda era jovem, o que fez com que a mesma mantivesse um vínculo saudável com seus sogros, os pais de L.. Busca-se, em um primeiro momento, além de priorizar o enfrentamento emocional do quadro, fortalecer questões relacionadas a autoestima da paciente, que se mostra muito vaidosa e preocupada com a aparência durante a internação.

Após o primeiro atendimento, houve a confirmação de metástase óssea. Busco realizar atendimento a paciente e encontro o companheiro, já que a mesma estava realizando novamente quimioterapia. Abordo este, que reconhece impacto emocional, referindo grande ansiedade por parte da paciente após a recidiva da doença, mas relata melhora após visita de familiares, dentre eles, alguns irmãos e os filhos. Quando consigo atender a paciente, a mesma mostra-se irritada por estar realizando quimioterapia, não compreendendo os motivos deste tratamento, mesmo após ser informada da metástase óssea. Neste momento, se começa a investigar uma possível negação da paciente, sem deixar de lado o trabalho frente os impactos emocionais da recidiva.

Nos atendimentos seguintes, percebe-se que J. fica mais queixosa, demandando muito da equipe de enfermagem. L., por sua vez, demonstra sua indignação frente a equipe através de reclamações por escrito. Ambos, neste momento, passam por um estágio de raiva, visto que insistem na realização de novos exames para averiguar as queixas trazidas pela paciente, não aceitando a opinião da equipe médica, referindo negligência por parte da

equipe. Além disso, parecem insistir na internação da paciente, como forma de postergar sua terminalidade, já que, no hospital, eles consideram que estariam melhor assistidos.

Busco orientar o casal, sempre compreendendo e aceitando seus anseios, mas também, incentivando-os a pensarem em suas outras possibilidades, dentre elas, o convívio com os filhos. A paciente, após ser, de fato, ouvida, para de queixar-se de suas dores e aceita a alta hospitalar, dando continuidade à quimioterapia conforme agendamento.

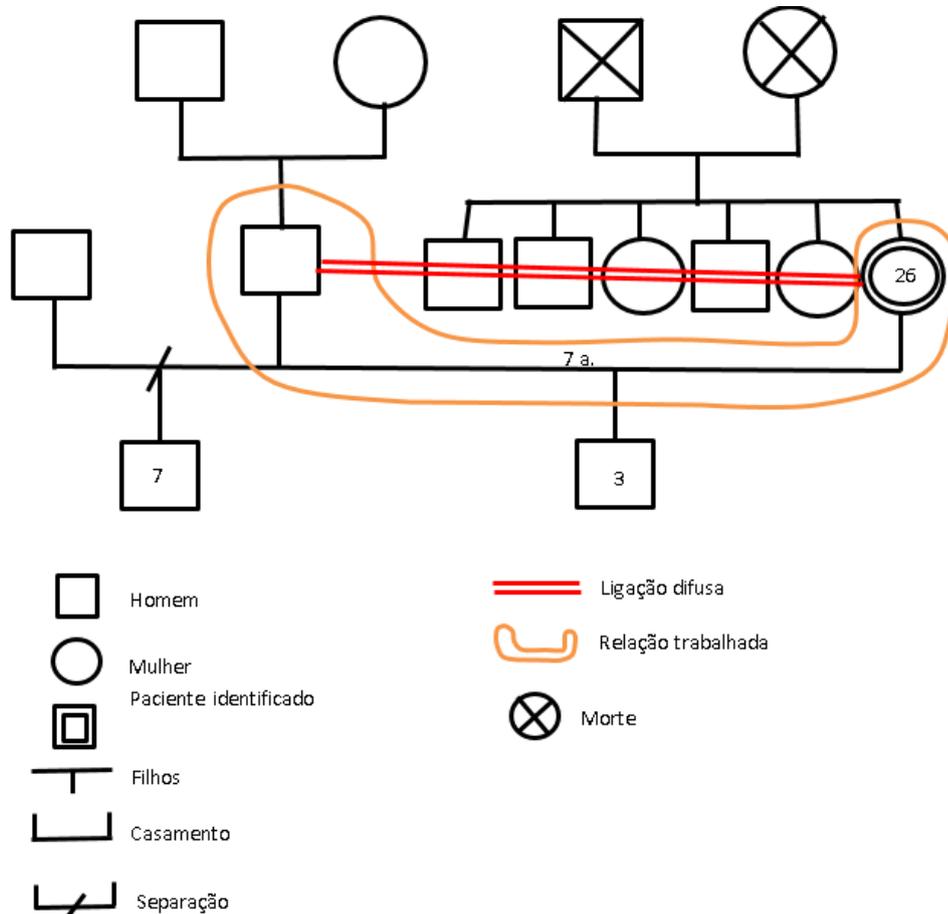
Algum tempo depois, a paciente reinternada no HAN e, devido a acompanhamento psicológico, é dada continuidade aos atendimentos. Neste momento, J. segue queixosa, demonstrando ansiedade frente a possibilidade de melhora de seus sintomas. Abordo L., que também continua em negação do tratamento paliativo, insistindo em maiores investigações. Ambos demonstram um enfrentamento emocional desfavorável por períodos, trabalhados durante a internação.

Em sua última reinternação, no final de maio, chamam novamente o Serviço de Psicologia para acompanhamento do caso. Neste momento, a paciente chega com quadro clínico desfavorável, com dor abdominal de difícil controle e a imunidade baixa, sendo submetida isolamento protetor. Antes da piora clínica, chega a solicitar alta hospitalar, negando, neste momento, a gravidade da situação. Apesar da determinação médica de investimento pleno, a paciente passa a não responder bem ao tratamento.

Atendo o companheiro com maior frequência, o mesmo, segundo percepção da equipe, também não compreende gravidade do caso, chegando a ajudar J. a tomar banho sozinha, fator de risco em sua situação. Busco auxiliá-los novamente frente a aceitação da terminalidade, mas, em determinado momento, o companheiro recusa os atendimentos psicológicos, não vendo necessidade de continuidade.

No mesmo período, a equipe solicita novamente acompanhamento psicológico, mas a paciente interna no Centro de Terapia Intensiva (CTI). Busco realizar atendimentos aos familiares, companheiro e um dos irmãos de J., não tendo sucesso na busca por ambos. A paciente falece no dia seguinte.

GENETOGRAMA



DISCUSÃO DO CASO

A família, o câncer de mama e seus impactos

Para compreendermos um pouco acerca dos impactos gerados pelo câncer, devemos compreender também um pouco acerca da família e de sua estrutura. Para nortear o trabalho, a Terapia Sistêmica se faz fundamental, sendo um de seus principais autores Salvador Minuchin.

Conforme Minuchin (1990), devemos ter claro que a vida psíquica de uma pessoa não é simplesmente um fenômeno interno, mas um processo que se modifica no momento em que esta interage com o mundo que o circunda. Ainda segundo o autor, na terapia familiar, é fundamental a compreensão de que o homem não é um ser isolado, pois reage de forma ativa e reativa em grupos sociais, dentre eles, a família. Desse modo, é importante, durante a terapia, abordar o homem em seu contexto social.

Os membros de uma família interagem de acordo com alguns ajustes, estes, orientam suas transações e, mesmo que não enunciados, formam a estrutura familiar.

Sendo que esta estrutura tem uma realidade diferente da realidade individual de cada membro. (MINUCHIN, 1990)

No atendimento a J., se buscou a compreensão de sua realidade individual, mas também foi fundamental poder buscar um pouco acerca da realidade estrutural de sua família. Visto que é de suma importância ter uma rede de apoio fortalecida para enfrentamento do câncer.

Para Nichols e Schwartz (2007), na terapia familiar estrutural, existe uma organização que deve ser observada. A estrutura familiar, como posto anteriormente, é um padrão organizado, onde há interação entre os membros da família. Após o estabelecimento de padrões, começam a surgir os subsistemas, estes, podem se agrupar devido a interesses em comum, por gerações, por gênero, etc. E, por fim, cada membro da família desempenhará determinado papel, conforme o estabelecimento dos subsistemas, como, por exemplo, o papel de marido, de filho ou de irmão, sendo que cada um desses papéis exige um comportamento diferente. A família, os subsistemas e os indivíduos, são demarcados por fronteiras interpessoais, que são barreiras reguladoras do contato entre os membros.

Como no ambiente hospitalar são realizados poucos atendimentos e estes foram focados no fortalecimento emocional do enfrentamento da doença, buscou-se trabalhar frente ao principal subsistema formado na estrutura familiar de J.. A aliança formada entre os papéis de marido e mulher foi extremamente visível durante as internações gerando uma forte díade entre J. e L.. Foi possível observar ao longo dos atendimentos, que a fronteira que permeava o subsistema conjugal era difusa, pois os J. e L. encontravam-se emaranhados em uma intensa ligação. Para tanto, o apoio mútuo era visível, mas, em certo ponto, se perdia a autonomia. Durante todas as internações, apenas L. ficava junto da companheira, sendo que os irmãos, que moravam mais próximos, só poderiam vir para visita-la. Outro aspecto a ser destacado é que o apoio mútuo era tanto, que as opiniões de um e de outro se unificavam e acabavam interferindo nos atendimentos e na relação com a equipe. Desse modo, os pensamentos e sentimentos vivenciados por um, acabava por ser reproduzido também pelo outro parceiro.

Tendo uma breve compreensão dos principais aspectos da estrutura familiar de J., poderemos falar agora dos impactos que a neoplasia maligna gerou na estrutura familiar, principalmente, no subsistema citado anteriormente.

Conforme dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o câncer é uma das principais causas de morte tanto no Brasil, quanto no mundo. Sendo o câncer de mama, segundo Conde et al. (2006), uma das neoplasias mais comuns das que acometem a população feminina. Ainda para o mesmo autor, este tipo de neoplasia acaba por mobilizar o contexto familiar, pois este é fundamental no suporte emocional da paciente, sendo que grande parte dessa responsabilidade cabe ao cônjuge, visto que ele é

capaz de estimular a atitude positiva tanto frente ao diagnóstico, quanto no tratamento da neoplasia quando maligna.

No caso de J., pode-se observar uma forte aliança entre ela e seu companheiro, casados há cerca de sete anos. Desde início ele a acompanhava durante todos os atendimentos e internações, sempre a motivando e estimulando positivamente. Quanto aos demais familiares, J. relata que seu pai faleceu quando ela tinha a tenra idade de 8 anos, já sua mãe, faleceu quando a mesma tinha 16 anos de idade. Mesmo tendo uma história de vida permeada por dificuldades, J. não se deixa abater, pois mantinha uma forte ligação vincular com os filhos, sogros e irmãos, os últimos, mesmo morando longe, mantinham contato com a paciente e auxiliavam emocionalmente em seu tratamento. Sendo grande parte desse apoio gerado no subsistema conjugal, como posto anteriormente, os demais membros da família não se envolveram intimamente no quadro clínico da paciente, muito por conta do emaranhamento do casal.

Como o enfoque dos atendimentos recaiu sobre a díade estabelecida entre J. e L., se faz importante referir os possíveis impactos na autoestima da paciente J., estes importantes também para a dinâmica do casal. Conforme Castro e Silva et al. (2010), é comum, no tratamento do câncer de mama, a realização de quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e a cirurgia de retirada de parte ou totalidade da mama, dependendo do estágio clínico em que a doença se encontra. Como, em geral, na população brasileira o câncer de mama é comumente diagnosticado já em estágio avançado, a realização de mastectomia é frequente.

Conforme Wanderley (1994), quando a mama é danificada, a autoimagem pode se alterar, gerando sentimentos de inferioridade e medo de ser rejeitada, visto que a mama é, para a mulher, um símbolo corpóreo carregado de sensualidade. A autora também acresce que quanto maior a importância que a paciente dá a este símbolo, maior é o sentimento de perda pós cirurgia.

Após a confirmação de diagnóstico avançado, J. foi submetida a mastectomia radical, onde a mama é completamente retirada, o que pode agravar o quadro emocional da paciente por interferir diretamente em sua autoestima. Tal questão foi abordada com a paciente, visto que a mesma se mostrou muito vaidosa em todos os atendimentos. Outros agravantes da autoestima são manifestações cutâneas que também afetam a estética da paciente, como a retração mamária e a *peau d'orange*, aspectos que, mesmo antes da mastectomia, deixam a mama com aparência anormal. Além disso, a paciente foi submetida aos demais tratamentos, que podem gerar inúmeros efeitos colaterais.

Castro e Silva et al. (2010), ainda reforça a importância do apoio familiar, em especial do cônjuge. Segundo os autores, os maridos, terão maior capacidade de gerar suporte emocional e afetivo, implicando em uma melhor adaptação da mulher a condição de

saúde em que se encontra. No entanto, eles ressaltam a necessidade de também haver um cuidado para com estes, visto que os companheiros também vivenciarão sentimentos de ansiedade, incerteza e medo.

Guimarães e Lipp (2011), ressaltam e alertam sobre a importância de um maior cuidado para com o cuidador de pacientes oncológicos, principalmente, em casos de tratamento paliativo. Cuidados estes, que visem o fortalecimento daquele que cuida através de intervenções que promovam sua saúde, melhorem sua qualidade de vida e auxiliem na elaboração do luto.

J., recebeu intenso apoio de L., como explanado até aqui e, sendo ela uma paciente vaidosa, o companheiro teve o cuidado de auxiliá-la no fortalecimento de sua autoestima, sempre a mantendo fortalecida emocionalmente para enfrentar a doença. No entanto, por vezes, acabava esquecendo de si mesmo, pois mantinha-se focado na companheira. Por se tratar de uma paciente com prognóstico reservado, os cuidados psicológicos para com ela e o esposo foram redobrados, visando o fortalecimento emocional do casal para enfrentamento da situação. No entanto, por se tratar de uma paciente jovem, a aceitação torna-se difícil nesses casos, tanto para a paciente, quanto para o companheiro, além disso, considerando o emaranhamento desse subsistema, a dificuldade é redobrada. Tais questões serão melhor abordadas no próximo tópico.

A psico-oncologia, o cuidado paliativo e as fases do luto frente a terminalidade

Segundo Gimenes (1994), a psico-oncologia volta-se a preocupação da qualidade de vida do paciente com câncer. Destaca aspectos psicossociais que envolvem a doença, dando suporte integral tanto ao paciente, quanto a seus familiares. Ela surge como uma área sistematizada do conhecimento, quando a comunidade científica começa a reconhecer que o aparecimento, manutenção e remissão do câncer são perpassados por fatores cuja natureza extrapolam condições puramente biomédicas. Além disso, para a mesma autora, o aumento do número de sobreviventes e de sobrevida dos pacientes oncológicos, por meio de avanços na medicina e farmacologia, fez com que o com que intervenções psicológicas se tornasse um ponto importante do tratamento.

Quando em fase terminal, o enfoque dos atendimentos deve abranger tanto o paciente quanto sua família, e, conforme Ribeiro (1994), quando bem orientada, a família poderá beneficiar-se dessa experiência geradora de sofrimento, crescendo enquanto grupo. Se a família permanece ao lado do paciente até sua morte, conseguindo expressar seus sentimentos, a elaboração da perda pode vir a proporcionar significativas mudanças nos padrões de relacionamento familiar e na forma como enfrentam a vida.

No caso de J., o emaranhamento com L. e a conseqüente não elaboração do processo de perda, fez com que a família – mesmo que vinculada a paciente – ficasse afastada, pois não faziam parte da aliança criada entre o casal. Os filhos também não participaram do processo de elaboração, mesmo que tenha sido orientado em vários momentos que o subsistema paternal proporcionasse momentos para elaboração da perda por parte das crianças. Fica visível que a raiva e a negação, que acompanhou o casal nos últimos meses de vida de J., interferiram significativamente nesse processo.

Segundo Melo e Caponero (2009), o cuidado paliativo tem por objetivo primário proporcionar qualidade de vida ao paciente, independentemente do tempo de vida que este tenha, sendo seu foco no alívio da dor e controle dos sintomas. Tal cuidado se dá sempre através de um cuidado integral e contínuo oferecido tanto ao paciente, quanto a familiares. Desde o diagnóstico de uma doença crônica, é importante que o paciente consiga viver aliviado de seu sofrimento, seja físico, psicológico ou espiritual, bem como sua família, pois esta é parte do cuidado.

O termo *palliare*, tem sua origem no latim, significando proteger, amparar, abrigar, cobrir, cuidar e não apenas curar. Assim, surge a medicina paliativa, que busca, meio de equipe, aliviar os sintomas e controlar a dor. No entanto, com os avanços mencionados anteriormente, a medicina, principalmente na área oncológica, perde o foco do cuidar e busca apenas o curar, dando ênfase apenas ao aumento da sobrevida dos pacientes (MELO; CAPONERO, 2009).

Durante o atendimento do caso, foi possível observar um despreparo frente aos cuidados paliativos por parte da equipe, visto que quando eram demandados por J. ou L., durante momentos de raiva ou negação, não lidavam bem com a situação e acabavam por deixá-los, muitas vezes, de lado. Defendiam-se de modo a achar que o casal era implicante e não compreendiam que tais comportamentos estavam ligados a um sofrimento frente a terminalidade.

A tomada de consciência da terminalidade pode gerar inúmeras defesas, dentre elas, a raiva e a negação, como exposto ao longo do caso. Conforme Cassorla (2009), a mente humana consegue transformar experiências e sensações em evidências mentais, que podem ser registrados e simbolizados de modo a constituir um pensamento. Entretanto, nossa mente não consegue pensar no que não existe, fazendo com que o não existir surja a partir sentimentos de medo relacionados a terminalidade, ou seja, a tomada de consciência acerca da terminalidade é geradora de tais sentimentos.

Desse modo, irão ser abordada os dois estágios do luto visualizados no caso em questão. Klübler-Ross (2016), afirma que ao tomar conhecimento da finitude da vida, a negação é algo muito comum. A autora fornece exemplos de negação ansiosa, onde o

paciente busca novas opiniões, outros médicos, a fim da realização de novos exames, mesmo que admita parcialmente que o primeiro diagnóstico esteja correto.

J. e L., quando em negação ansiosa, insistiam na realização de outros exames, principalmente após a informação de prognóstico reservado. Além disso, ambos persistiam na internação, como se no ambiente hospitalar se sentissem seguros ou, possivelmente, pudessem descobrir que aquilo não era real, que havia mais a ser feito.

Ainda segundo Klüber-Ross (2016), a negação ou negação parcial é uma defesa utilizada por quase todos os pacientes. Ela funciona como um para-choque depois de uma notícia inesperada e que gera forte impacto, fazendo com que o paciente recupere-se com o tempo.

A raiva, foi o segundo estágio visualizado e ocorreu, por vezes, ligada a negação, por vezes, a substituindo. Sobre tal estágio, Klüber-Ross afirma que, quando não é mais possível manter firme a negação, ela pode ser, aos poucos, substituída pela raiva. A autora ainda traz que é difícil para a família e/ou para a equipe hospitalar lidar com este estágio, pois, para quem o sente, o familiar não é bom, o médico não é bom, a equipe não é boa. E, mesmo que dirigida a outro, é um grande problema não se colocar no lugar da pessoa que sofre.

L., além do papel de marido, assume também um papel de superprotetor de J., isso faz com que ambos mantenham sua fronteira ainda mais difusa, e é a partir daí que os pensamentos de um passam a ser compartilhados pelo outro, não dando espaço para compreensões alheias. A raiva surge em alguns momentos, partindo, principalmente de L., que mostra-se indignado quando acredita que nada está sendo feito, que os médicos não são bons, não compreendendo o que estava acontecendo e, por vezes, não sendo compreendido. J., por sua vez, toma para si o discurso do companheiro, sendo difícil trabalhar seus sentimentos. A estratégia foi atender separadamente o esposo fazendo com que este pudesse, pelo menos naqueles momentos, ressignificar alguns pensamentos por meio de intervenções. É importante destacar que em nenhum momento foi-lhe retirado o direito de negar ou sentir raiva, o processo visava apenas que ele conseguisse, naquele espaço, ressignificar.

Klüber-Ross afirma que se o paciente – neste caso também o familiar – é compreendido e respeitado, logo diminuirá as exigências advindas de sua raiva. Sendo de suma importância escutar seus anseios. Caso contrário, quando não são analisados os motivos dessa raiva, ela pode ser assumida de forma pessoal, sendo que não tem nada a ver com a pessoa na qual é descarregada.

CONCLUSÃO

A partir da construção do presente trabalho, percebe-se a importância de olhar atentamente para o paciente e sua família, perceber suas fragilidades emocionais e buscar auxiliá-los no bom enfrentamento da doença em questão. Além disso, a compreensão da estrutura familiar também se fez de suma importância para melhor manejo do quadro, visto que, em situação de terminalidade, lidamos constantemente com a família do paciente e devemos compreender sua ligação para melhor auxiliá-los frente a este momento de tanta dor e sofrimento.

Sendo um caso de neoplasia maligna de mama, em uma mulher jovem e extremamente vinculada ao companheiro e em prognóstico reservado, foi fundamental um estudo mais abrangente em torno do caso, visto que foram muitas as questões nele trabalhadas. Além disso, a compreensão acerca dos estágios de negação e raiva, também auxiliaram no andamento do caso, no entanto, por conta do pouco tempo de vida da paciente, desde a informação de prognóstico reservado, até seu óbito, poucas foram as mudanças alcançadas. No entanto, quando ocorreram, foram significativas para o fortalecimento emocional do casal.

O estudo também tem como foco desenvolver uma discussão acerca de um assunto tabu, muito importante e pouco comentado nas áreas da saúde: a terminalidade. Desse modo, serve para instigar na busca por conhecimento sobre o cuidado frente a finitude da vida.

REFERÊNCIAS

- CASTRO E SILVA, Thiago Barreto *et al.* Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. *Revista: Escola de Enfermagem*, v.44, n.1, pp.113-119, 2010.
- CONDE, Delio Marques *et al.* Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista: Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, n.3, pp.195-204,2006.
- GIMENES, Maria da Gloria G.. Definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO, M. Margarida M. J. de (Coord.). *Introdução à psico-oncologia*. São Paulo: Editorial Psy II, 1994. 285 p.
- GUIMARÃES, Claudiane Aparecida.; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos. *Revista: Psicologia – Teoria e prática*,v.13, n.2, p. 50-62, 2011.
- INCA. *Incidência de câncer no Brasil: estimativa 2016*. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=1>>. Acesso em: 26 jun. 2016.
- KLÜBER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016. 296 p.

MELO, Ana Georgia Cavalcanti de; CAPONERO, Ricardo. Cuidados paliativos – abordagem contínua e integral. In: SANTOS, Franklin Santana (Org.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009. 447 p.

MINUCHIN, Salvador. *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 238 p.

NICHOLS, Michael P.; SCHWARTZ, Richard C. *Terapia familiar: conceitos e métodos*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 474 p.

RIBEIRO, Elisa M. Parahyba Campos. O paciente terminal e a família. In: CARVALHO, M. Margarida M. J. de (Coord.). *Introdução à psico-oncologia*. São Paulo: Editorial Psy II, 1994. 285 p.

WANDERLEY, Katia da Silva. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, M. Margarida M. J. de (Coord.). *Introdução à psico-oncologia*. São Paulo: Editorial Psy II, 1994. 285 p.