



CIÊNCIAS DA SAÚDE

Acompanhante do paciente com câncer no espaço hospitalar: sentidos atribuídos a sua função***Cancer patient's accompanying at hospital environment: attributions to his function***Denise Fabiane Polonio¹, Gisele Dhein², Cristiane Pivatto³**RESUMO**

Este estudo objetiva compreender como a função acompanhante do paciente oncológico se constitui e quais as interferências desta no tratamento. A pesquisa foi realizada com 45 sujeitos (15 profissionais, 15 pacientes e 15 acompanhantes de pacientes) de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. Os resultados conferem ao acompanhante do paciente as seguintes atribuições: responsabilização pelo suprimento das necessidades básicas do paciente; apoio nas demandas físicas, emocionais, sociais; intermediação das relações entre equipe de saúde e paciente e corresponsabilização pela execução do plano terapêutico definido para o tratamento. Tais representações não foram unânimes, mas evidenciaram que a falta de um sujeito que desempenhe esta função produz no paciente o sentido de desamparo, constituindo limitações ao tratamento. Muitos entrevistados demonstraram desconhecimento da função acompanhante e constatou-se inexistência de protocolo hospitalar que descrevesse a ocupação. A carência foi justificada pela falta de embasamento legal sustentador da temática, apontando assim, a necessidade dessa função ser debatida e integrada à Política Nacional Oncológica.

Palavras-chave: Oncologia; cuidadores; hospitalização; assistência ao paciente.

ABSTRACT

This study aims to understand how the accompanying function the cancer patient's is constituted and what the interferences of this on the treatment. The research was held with 45 people (15 professionals, 15 patients and 15 patients' accompanying) from a hospital in the countryside of Rio Grande do Sul. The results gave to the accompanying attributes such as responsibility for supplying the patient's basic needs, support in the physical, emotional and social demands, intermediating relationships between the health group and the patient and co-responsibility in executing the therapeutic plan defined for treatment. Such representations were not unanimous but evidenced that the lack of a person who performs this function produces the sense of abandonment in the patient, which constitutes limits in treatments. Many interviewees showed lack of knowledge concerning the accompanying function and we noticed the inexistence of a hospital protocol that described the occupation. The need was

¹ Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES, Lajeado/RS - Brasil. E-mail: denyfabiane@gmail.com

² Idem. E-mail: giseled@univates.br

³ Hospital Bruno Born, Lajeado/RS. E-mail: cristiane.pivatto@gmail.com



justified by the lack of legal basis to support the theme, which pointed the need of debating this function and integrating it to the National Cancer Politics.

Keywords: *Medical oncology; caregivers; hospitalization; patient care.*

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas é possível perceber na população geral um aumento gradual da prevalência de algumas enfermidades crônicas e degenerativas. (MATSUMOTTO, 2009). Apesar dos avanços já ocorridos na área médica, e que possibilitam a cura de várias doenças, o câncer ainda aparenta ser uma doença composta por causas, muitas vezes, desconhecidas e com tratamentos que apresentam poucas possibilidades de cura.

Esse tipo de doença é um agravante que acomete pessoas de todas as idades, gênero, diferentes níveis de escolaridade, classe social, etnias e crenças. É considerada uma doença estigmatizante na sociedade, que afeta tanto a vida do sujeito doente quanto de seus familiares e vínculos próximos. (VISONÁ *et al.*, 2012).

Para Monteiro e colaboradores (2008) o tratamento do câncer pode compreender um longo período de ingestão de terapias medicamentosas, riscos de complicações, incapacidades funcionais significativas e sequelas. O sujeito doente passa a demandar cuidados permanentes da família, acompanhantes ou de cuidadores. Deste modo, a família, acompanhantes ou cuidadores são surpreendidos com o diagnóstico, prognóstico e necessitam realizar mudanças repentinas na rotina de vida para comprometer-se com o cuidado. Tais mudanças resultam, muitas vezes, em conflitos emocionais que envolvem todo o ciclo familiar. (VISONÁ *et al.*, 2012).

O processo de acompanhamento de um sujeito doente constitui a necessidade de aprender lidar com as ameaças e o medo de novos sintomas e limitações. (BARROS; ANDRADE; SIQUEIRA, 2013). Nessas circunstâncias, muitas vezes, os acompanhantes podem sentir-se sobrecarregados com a função assumida, vivenciando sentimentos de muita angústia, desgaste físico e emocional (MANOEL *et al.*, 2013), além de enfrentarem dificuldades frente à reorganização da sistêmica familiar. (BARROS; ANDRADE; SIQUEIRA, 2013).

A partir dessas questões, este artigo objetiva compreender os sentidos atribuídos por profissionais de saúde, pacientes e familiares ou acompanhantes à função acompanhante no processo de tratamento do paciente com câncer. Além de investigar como a função acompanhante se constitui e quais as facilidades e/ou limitações do tratamento para quem possui ou não acompanhantes.

2. MÉTODO

O presente estudo é parte de uma pesquisa de maior amplitude, realizada no ano de 2017, cujo objetivo foi compreender, a partir da perspectiva de sujeitos em tratamento oncológico, acompanhantes e profissionais de saúde, os sentidos atribuídos à função acompanhante do sujeito com câncer, no processo de internação hospitalar. A pesquisa foi realizada em um hospital do Vale do Taquari/RS. Nesse



hospital são atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pacientes que provém de todos os municípios afiliados à 13ª e 16ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS).

Através da pesquisa qualitativa, de cunho exploratório e descritivo, este estudo busca valorizar o papel e o contexto dos acompanhantes. A abordagem utilizada enfatiza um conjunto de diferentes pontos de vista, que possibilita ampliar a complexidade de determinado problema (GOLDENBERG, 2013), concebendo um caráter interativo entre pesquisador e pesquisado, em que se constitui um processo que facilita a exploração das dimensões, características, percepções e fatores presentes na compreensão do objeto estudado. (TOMASI; YAMAMOTO, 1999).

Para o estudo optou-se pela utilização da entrevista individual semiestruturada. A determinação por esse percurso direciona o olhar para todos os sujeitos envolvidos no processo, integrando pacientes em tratamento, acompanhantes e profissionais da saúde. Focaliza os sentidos individuais atribuídos e circunscreve formas explícitas de perspectivas e sentimentos expressados diretamente no decorrer das conversas.

A técnica escolhida, segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999), possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto. As perguntas fechadas concebem um conjunto de alternativas objetivas e diretas para que o sujeito pesquisado escolha a opção que melhor descreva sua situação. E as perguntas abertas permitem ao pesquisado discorrer livremente sobre a questão. (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Na análise dos dados utilizou-se o método de produção de sentidos, que visa a compreensão de locutores variados cujas vozes se fazem presentes nos discursos. (SPINK, 2010). As narrativas dos pesquisados resultaram na construção de quatro categorias temáticas, que permitem explorar os sentidos atribuídos à função acompanhante.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Univates (COEP), sob o CAAE 66688017.8.0000.5310. Utilizou-se Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para todos os sujeitos entrevistados e para garantir a confidencialidade e o sigilo das informações quanto à identificação dos participantes, empregou-se iniciais de nomes fictícios.

O objetivo da construção desse estudo é propor reflexões sobre o papel do acompanhante no processo de internação do paciente oncológico, facilidades e/ou limitações do tratamento para quem possui ou não acompanhantes e investigar o sentido de ser acompanhante de paciente com câncer, tanto para os profissionais de saúde como para o paciente e os acompanhantes, instigando a importância de incluir essa temática na política de atenção ao paciente oncológico.

3. RESULTADOS

Os sentidos produzidos nas narrativas dos sujeitos participantes da pesquisa subsidiaram a elaboração de quatro categorias temáticas, possibilitando uma discussão ampliada sobre os discursos emergentes no estudo. As categorias reúnem e problematizam as percepções atribuídas à função do acompanhante do paciente oncológico no processo de internação.



A análise da primeira categoria se destina a investigar quais as funções atribuídas ao acompanhante e as demais buscam problematizar como a função acompanhante é instituída no espaço hospitalar, quais as interferências desse acompanhamento no tratamento do sujeito com câncer e no contexto de quem se destina a ocupar a função acompanhante. Sendo estas: 1) Sentidos do ser acompanhante; 2) Função acompanhante: interferências no tratamento oncológico; 3) Acompanhante: atribuições pactuadas no ambiente hospitalar; e 4) Acolhimento ao acompanhante nas Unidades de Saúde.

3.1. SENTIDOS DO SER ACOMPANHANTE

Esta categoria contempla o perfil sociodemográfico dos acompanhantes do paciente hospitalizado, mapeando idade, parentesco, grau de instrução e sexo prevalente. E evidencia as funções atribuídas ao acompanhante tanto por profissionais como por paciente e acompanhantes.

Dos pacientes participantes do estudo, 87% possuíam acompanhante no período de hospitalização. Em relação aos acompanhantes constatou-se que 89% tinham algum grau de parentesco com o paciente, 64% eram do sexo feminino e 79% apresentavam baixo grau de escolaridade (ensino fundamental concluído ou não concluído). A idade média dos acompanhantes foi de 48 anos.

Dos acompanhantes entrevistados, 66% referiram ter que modificar sua rotina diária e as atividades laborais para adequar-se as demandas advindas do tratamento do paciente. Para 53% dos acompanhantes a função assumida foi partilhada com outros sujeitos, possibilitando mais flexibilidade as adaptações necessárias.

Os sentidos atribuídos à função acompanhante remetem à necessidade de assumir a responsabilidade pelos cuidados destinados ao paciente no ambiente hospitalar. A partir dos relatos dos participantes, os acompanhantes ocupariam a função primordial de cuidar. As falas dos pacientes TE e PE retratam este sentido:

É que nem primeiros socorros, assim eu considero o acompanhante né (paciente TE).

Na hora que dá ânsia de vômito, que precisa ir no banheiro, se tu não tem acompanhante, tu sente dificuldade né. [...] Até durante a noite, se dar alguma coisa, como vai se virar sozinho né (paciente PE).

A atribuição cuidador é designada ao acompanhante como um conjunto de ações que constituem auxílio no suprimento das necessidades básicas, nas demandas físicas ou reações do tratamento. Essa incumbência se afirma, através das falas do paciente RS e do familiar RE:

Agora a última vez que o meu filho tava aqui comigo, eu uso bolsinha né, aí descolou tudo. E aí ele que me ajudou ali naquela hora, a colocar. Chamou as enfermeira tudo (paciente RS).

Aqui eu auxílio ele para ele se cuidar, na hora que for se virar para não tirar o soro, nessas coisas assim né? Incentivo ele a comer também (familiar RE).



Em suas narrativas a profissional RO e familiar T concedem ao cuidador a responsabilidade por amparar e acolher as emoções e sentimentos do paciente:

[Acompanhante]: muito importante, porque o paciente ele tá debilitado, ele tá sensibilizado e ele precisa de um apoio né? Nem só físico por estar mais frágil, mas psicológico também (profissional RO).

Ela perdeu bastante peso, ficou muito abatida porque perdeu o cabelo, logo depois da cirurgia, ficou bem desorientada, vamos dizer assim, ela ficou triste né. [...] ela estava se sentindo bem fraca né, aí tinha que apoiar ela... (familiar T).

Nas falas do paciente L, profissional C e familiar LE o cuidador deve transmitir segurança, apoio, e auxiliar nas questões burocráticas do período de internação:

[Cuidador]: [...] é fundamental, porque a gente se sente mais seguro né, até eu nem poderia fazer tudo sozinho o que ela está fazendo, atrás de papelada, marcando consulta, isso tudo (paciente L).

Então é um familiar que muitas vezes procede com os documentos, com os formulários enfim a gente orienta mais a eles, do que muitas vezes o próprio paciente (profissional C).

Ele nunca ia conseguir sozinho. Ele precisa muito da minha ajuda, em tudo, tudo... na consulta eu tenho que estar sempre junto, porque ele esquece... (familiar LE).

As falas do paciente RO e do profissional AL, denotam ao cuidador a responsabilidade por auxiliar a equipe de saúde a transmitir as informações do tratamento ao paciente, de forma que este consiga assimilá-las, sentindo-se seguro, acolhido e amparado:

[Cuidador]: Ah isso foi bom, às vezes eles falam umas coisas assim, que a gente não tem escolaridade para entender aqueles nome que eles falam né, e se as vezes tem a minha nora junto ela é estudada né [...] Minha nora traduz tudo porque ela sabe (paciente RO).

Principalmente quando é um tratamento mais paliativo né. Tu não vai chegar e despejar tudo para o paciente, vai falando aos poucos né. Então, chama a família tira do quarto explica toda situação, quão grave é o caso. Então, sempre é uma maneira de tu ir falando aos poucos né. Tu não vai chegar para o paciente dizer: - ah não tem mais cura. Então, fala para a família e assim vai desenvolvendo o quadro com o paciente, até ele compreender melhor a situação (profissional AL).

Também é esperado do cuidador que opere uma via de comunicação entre paciente e equipe, relatando as dificuldades enfrentadas pelo paciente e buscando os profissionais quando o paciente apresentar complicações. Essa atribuição se exemplifica através das falas das profissionais JA e JE:

[Cuidador]: Considero bem importante, porque a família tando presente, na maioria das vezes, é um auxílio para o paciente e para a equipe (profissional JA).

[Cuidador]: seria bom até para facilitar nosso trabalho, para ajudar se precisar chamar, as vezes eles estão passando mal, mas não chamam, daí é o acompanhante do outro que fala: - o fulano aí tava passando mal



até agora... e eles não passam para nós, então se tivesse um familiar seria mais fácil né (profissional JE).

Ainda, a tarefa do cuidador se constitui na expectativa de que este operacionalize tanto no hospital quanto no ambiente de casa, os cuidados instituídos pela equipe, como essenciais para suprir as demandas do tratamento. Essas argumentações são perceptíveis nas falas das profissionais K e MO:

Eu acho que é importante esse acompanhamento porque eles que vão estar com o paciente depois em casa (profissional K).

Tem alguns pacientes que acabam não entendendo o que a gente quer passar ou acabam tendo uma maior confiança na família, então eles são importantes no processo de ha... tem que fazer um exercício depois mais tarde, sem a participação do Fisio, é o familiar que vai fazer com eles. Aí então eles também precisam estar atentos, aptos a fazer esse exercício com eles. E até em casa também né, não só no hospital, então quando ele tem alta, eles acabam fazendo em casa (profissional MO).

Os sentidos expressados nesta categoria demonstram fragilidades na compreensão e reconhecimento da função acompanhante no espaço hospitalar. Percebe-se nos discursos que o acompanhante é citado nas narrativas como o sujeito que deve acompanhar o tratamento, porém ao se caracterizar a função e ao falar sobre o papel deste acompanhante, os discursos deslocam-se para a ocupação cuidador. Ao cuidador confere-se a corresponsabilidade pelo tratamento do paciente, exigindo deste, disponibilidade para assumir a função e as atribuições advindas da mesma, flexibilidade para comprometer-se com o cuidado, entrega pessoal e dedicação constante a função desempenhada.

3.2. FUNÇÃO ACOMPANHANTE: INTERFERÊNCIAS NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Esta categoria problematiza o papel do acompanhante no tratamento oncológico. As narrativas correspondem à função exercida e expressam as implicações desse acompanhamento, destacando aspectos relevantes e irrelevantes.

Através dos discursos dos pesquisados, percebe-se que o papel do acompanhante se destaca como um diferencial no tratamento do paciente oncológico. Nessas narrativas a função desempenhada pelo acompanhante contempla benefícios tanto para o tratamento quanto para o bem-estar geral do sujeito doente, conforme as falas a seguir:

[Acompanhante]: há sempre, sempre é importante, até porque sempre tem um cuidado a mais com a gente né. Se tu tá sozinho muitas coisas ou tu não te lembra, ou tu não tem acesso. Por isso sempre é bom que tenha alguém junto (paciente PE).

Absolutamente importante ter o meu pai ao meu lado. Indiscutivelmente ele foi o meu alicerce, porque como eu falei inicialmente, eu não tenho ninguém para poder contar. Então o apoio dele, a comida dele, a casa dele, onde ele mora, foram assim os fatores primordiais para que eu melhorasse. Uma qualidade de vida longe de tráfico (sic) de trânsito,



longe de barulho, perto de árvores e rios. Então tudo isso facilita.... Boa alimentação, os cuidados dele (paciente DE).

As falas das pacientes NI e profissional RS demonstram que a falta do acompanhante ou de alguém que ocupe a função denota um sentido de desamparo, que se remete a não poder compartilhar as situações do tratamento e as dificuldades desse processo:

O mais difícil é para comer. Não posso engolir nada, nada, nada. Tava com 65 kg e agora tenho 53, abaixei muito de peso. Nesse momento eu também fiquei sozinho. Gostaria de ter um acompanhante, mas eu não tenho. Meu cunhado disse que gostaria de vir, mas não vem, aí não tenho acompanhante (paciente NI).

Às vezes o paciente vem sozinho e não tem ninguém né, e daí se torna mais difícil porque trabalhando na área a gente não consegue dar uma assistência tipo que eles merecem, não consegue ficar só com aquele paciente. A gente como eu vou dizer... não consegue ficar ali no quarto só com aquele paciente, porque nós temos mais pacientes. E se ele estiver sozinho fica mais complicado, quando ele tem um familiar junto, aí o familiar vem nos chama, aí fica mais fácil né para atender as necessidades que ele precisa (profissional RS).

Além disso, a falta do acompanhante se traduz nas narrativas como um dificultador do tratamento, que pode interferir diretamente no processo de cuidado do paciente oncológico. O profissional AL exemplifica essa situação quando destaca que:

Às vezes o paciente também não tem o senso de orientação que a gente precisa. [...] Tenho paciente até que nem falam a língua portuguesa né, só falam alemão, aí fica bastante complicado. Então é bom sempre ter um acompanhante junto para explicar como o paciente tem passado, tudo isso. É sempre muito importante o acompanhante ali, a gente consegue ter mais certeza de como foi o dia do paciente (profissional AL).

Para alguns profissionais apesar da função acompanhante ser importante na internação, esta precisa ser ocupada por sujeitos que consigam cumprir as atribuições de um cuidador. Caso contrário, tal acompanhante pode desfavorecer o tratamento do paciente. Nessas circunstâncias caberá a equipe manejar a situação, instruir sobre a função e verificar se essa pessoa consegue ocupar a responsabilidade que lhe está sendo conferida. A profissional CR demonstra essa situação:

[...] às vezes quando familiar tem uma certa ansiedade, às vezes pode atrapalhar um pouco, mas aí que entra o papel da equipe para poder auxiliar (profissional CR).

Os sentidos expressados nesta categoria destacam a função acompanhante como um fator benéfico e primordial para o tratamento do sujeito com câncer. Contudo, quando o acompanhante não consegue exercer as atribuições conferidas ao cuidador, surgem problemáticas, que se não trabalhadas podem intensificar as dificuldades vivenciadas pelo paciente.



3.3. ACOMPANHANTE: ATRIBUIÇÕES PACTUADAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Essa categoria emerge quando se evidencia a dificuldade de compreensão da função acompanhante no ambiente hospitalar. As narrativas dos entrevistados contemplam incertezas e dúvidas sobre o que se espera do acompanhante no processo de tratamento do paciente oncológico.

Quanto à orientação da equipe para que o paciente fosse acompanhado no período de internação, 86% dos pacientes e 86% dos acompanhantes destacaram ter recebido orientações da equipe. Destes, 72% dos pacientes e 59% dos acompanhantes referiram não saber com clareza o motivo desse acompanhamento. A esse respeito, os pacientes MA e a familiar NE comentam:

Não explicaram porque, só falaram que precisava ter acompanhante (paciente MA).

Não falaram por quê. Acredito que é porque a gente não é daqui, então a gente vem de outra cidade, ele vai ficar sozinho? (familiar NE).

Outros destacaram que a equipe reforçou que deveriam ser acompanhados durante toda a internação porque eram idosos:

A equipe falou que era bom que tivesse acompanhante. Eles falaram porque eu era idoso né (paciente PE).

Os participantes relataram, também, que segundo orientações da equipe, esse acompanhamento deveria ser realizado em função das reações que o paciente poderia apresentar durante a quimioterapia e para oferecer suporte físico e emocional ao paciente. Para estes sujeitos ficou evidente, após a primeira internação, que o acompanhamento de um terceiro que se responsabilizasse pelo processo de cuidado do paciente era essencial:

Eles falaram que ela deveria ser acompanhada porque, por exemplo, tem momentos que ela não consegue ir no banheiro sozinha, às vezes ela se sente muito fraca, sente vontade de vomitar, daí tem que acompanhar, tem que ter pessoas acompanhando... (familiar T).

Disseram que era importante acompanhar para não deixar ela muito só, se não ela fica deprimida né. Se tem alguém da família é bom até para a própria doença né (familiar LA).

Disseram que pode dar uma reação, uma coisa ou outra. Então tem que ter um acompanhante (paciente AN).

Os profissionais integrantes da equipe destacaram que realizam orientações para que o paciente seja acompanhado no hospital, mas que tal acompanhamento não pode ser exigido, pois não existe legislação que fundamenta essa função e a importância dela:

A orientação vem desde o início, porque mesmo paciente que não interna é orientado a vir com acompanhante, com familiar (profissional RO).

Normalmente quando eles fazem a primeira consulta de enfermagem lá no ambulatório a gente já orienta importância do acompanhamento de um familiar. Claro a gente não pode exigir não tem como, mas a gente



aqui vai sempre orientando para ter alguém junto, alguém de vez em quando para poder dar orientações do paciente (profissional CA).

É possível constatar também que não existe um consenso entre profissionais sobre quais orientações devem ser repassadas ao acompanhante, para que esse entenda e consiga exercer sua função no espaço hospitalar. Essa situação é elucidada nas falas dos profissionais AL, KA e LA:

No meu caso, eu sempre explico, que o ideal seria sempre ter o acompanhante junto né, e que o paciente é dependente e precisa de alguém o tempo inteiro. E não tem como um técnico cuidar tão bem como uma pessoa que está o tempo inteiro ali né (profissional AL).

A gente sempre orienta assim.... Eles perguntam: eu preciso ficar? Aí a gente diz você sobe junto lá no setor conversa com a equipe da enfermagem, eles que vão dizer se precisa ou não precisa ficar um acompanhante. A maioria das vezes sim, porque eles não sabem quais as reações da quimio né (profissional KA).

Eu acho que muitas vezes é dito como uma obrigatoriedade. [...] mas eu não sei se tem muita clareza de porque este familiar tem que tá aqui (profissional LA).

Além disso, quando questionados sobre a existência de um documento ou protocolo hospitalar que norteie as funções e atribuições referentes ao acompanhante do paciente oncológico, tais profissionais destacam que não possuem conhecimento sobre documentos dessa procedência.

Informam que existe uma cartilha de orientações do tratamento, produzida pelo hospital, que argumenta a importância de o paciente ser acompanhado por cuidadores, mas que esta cartilha não atribui funções ao acompanhante. Na visão dos profissionais a única forma de poder exigir que o paciente seja acompanhado é pela legislação, porém, tal legislação só exige acompanhante para menores de 18 anos (Resolução 41/ de 13 de outubro de 1995, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente) e idosos com idade acima de 60 anos (Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, Estatuto do idoso). A narrativa da profissional MO exemplifica tal situação:

Pelo que eu tenho conhecimento tem aquelas coisas de idade né, mas assim pelo que eu sei não tem nenhum protocolo específico, pelo menos pelo que me passaram não (profissional MO).

Em relação às orientações desse acompanhamento, 66% dos profissionais destacaram que normalmente fica a cargo do enfermeiro do setor a responsabilidade por orientar esse acompanhamento e sanar as dúvidas relacionadas ao mesmo. Para tais profissionais, essa atribuição é conferida ao enfermeiro devido à proximidade que constrói com pacientes e acompanhantes, constituindo uma relação mais aberta ao diálogo, a orientações e esclarecimento de dúvidas. A fala da profissional JE exemplifica esse dado:

A gente tenta repassar, mas geralmente acaba ficando para o enfermeiro né, que geralmente como eles vêm que é um enfermeiro que acaba trocando, mexendo, manipulando na quimioterapia eles acabam tirando mais conclusões com eles (profissional JE).



As atribuições destinadas ao acompanhante do paciente oncológico no ambiente hospitalar, apresentam fragilidades em sua operacionalização. Isto porque os sujeitos envolvidos no processo aparentam não compreender claramente o papel do acompanhante. Uma probabilidade destas dificuldades se ancora na inexistência de tais atribuições tanto na Política Oncológica, quanto na Lei que institui o tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS).

3.4. ACOLHIMENTO AO ACOMPANHANTE NAS UNIDADES DE SAÚDE

Esta categoria aponta o atendimento recebido pelos acompanhantes nas unidades de saúde. Os sentidos empregados a estes atendimentos remetem à assistência ao paciente e não às demandas apresentadas pelos acompanhantes no processo de cuidar.

Do atendimento recebido pelo acompanhante do paciente oncológico nas Unidades de Saúde, 79% dos acompanhantes destacaram ter suas demandas acolhidas tanto no serviço de referência quanto na atenção primária. A fala da acompanhante NOE evidencia essa constatação:

Eu sempre digo que por onde nós passamos pelo posto de saúde, aqui, a gente nunca tem reclamações, a gente sempre foi bem atendido (familiar NOE).

Em relação à procedência do atendimento, os acompanhantes destacaram receber atenção, acolhimento, apoio, atendimento resolutivo e humanizado. As falas das acompanhantes NOR e LE revelam esse dado:

Realmente não tenho nenhuma queixa. [...] Achei que seria mais frio, mas o pessoal é muito humano (familiar NOR).

Deram muito apoio, tanto aqui como lá. Lá o que tiver eles me ajudam (familiar LE).

Quanto à busca pela atenção primária de saúde, 7% dos acompanhantes dos pacientes oncológicos mencionaram não buscar as unidades de saúde, visto que quando precisam de atendimento se direcionam ao serviço especializado:

Sim. Aqui do hospital sim. Nunca vou no posto de saúde, venho direto aqui (familiar K).

Ao abordarem o grau de satisfação dos atendimentos recebidos na atenção básica de saúde, 14% dos acompanhantes referiram não estarem satisfeitos e 7% destes comentaram que por este motivo buscam o serviço de referência quando o paciente apresenta alguma dificuldade de saúde:

Aqui aqui é bem atendido, mas lá no posto que o médico precisava ir ver ele, não vai (familiar JO).

No posto de saúde eles não acompanham ele, lá não tem nada. Lá eles não acompanham, quando ele fica ruim a gente vem direto aqui (familiar MA).

Nas falas das acompanhantes VE e AR percebeu-se que o sentido do atendimento recebido pelos serviços de saúde se refere a sanar as demandas físicas apresentadas



pelo paciente, não sendo visto como um espaço de cuidado ao acompanhante e de amparo as suas demandas, frente ao cuidado prestado:

No posto de saúde que eles viram a gravidade né, lá em Teutônia aí eles mandaram para Lajeado no hospital né (familiar VE).

[...] a hora que a gente chegou no hospital com os exames o médico aquele que tava lá, o Doutor J, nossa que atendimento, nossa ele foi assim perfeito, tanto é que no dia que a gente ficou lá ele já fez toda a papelada, tudo que tinha que fazer para na quarta a gente já estar aqui (familiar AR).

Esta categoria apresenta fragilidades vivenciadas pelos acompanhantes em relação à função ocupada. É possível constatar que frente as demandas do novo papel exercido, tais acompanhantes não conseguem olhar para suas dificuldades e buscar espaços para compartilhá-las. Outrossim buscam os serviços de saúde para sanar as limitações do paciente.

4. DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo revelaram que a maioria dos acompanhantes possuem algum grau de parentesco com o paciente em tratamento. Este dado corrobora com estudos apresentados por Bellato e Araújo (2015), Nucci (2011), Araújo et al. (2009), onde destacam que a família, independentemente de sua formação ou configuração, é uma via sustentadora para o nascimento, crescimento e desenvolvimento de seus membros, na qual o cuidado da vida e para a vida ocorre.

Neste estudo o gênero feminino mostra-se prevalente na função assumida, comprovando dados resultantes de pesquisas envolvendo cuidadores (VICKREY *et al.*, 2009; PIMENTA *et al.*, 2009; RIBEIRO E SOUZA, 2010; FERREIRA *et al.*, 2011), onde se atribui à mulher a tarefa de cuidar dos membros do ciclo familiar.

No que se refere ao acompanhante, foi possível verificar nesta pesquisa uma discrepância com estudos realizados (FERREIRA *et al.*, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2009; GUIMARÃES; LIPP, 2012), visto que para a maior parte dos acompanhantes a função ocupada está compartilhada com outros sujeitos; e nos estudos realizados pelos autores citados acima, tal função é assumida por uma única pessoa, denominada de cuidador principal.

Os resultados da pesquisa apontam ao acompanhante a função de cuidador. A designação acompanhante não se faz presente nos discursos e não se delimita o que seria o acompanhar no processo de tratamento oncológico. Ao buscar a literatura é possível constatar resultados semelhantes, já que designa-se ao acompanhante a função cuidador, sem explorar o acompanhar.

Em relação a função cuidador, Luz (2004) destaca que cuidar corresponde a tratar, respeitar, atender e acolher o ser humano em sua fragilidade ou sofrimento. Para ele, a tarefa de cuidado envolve uma atitude fundamental, na qual a pessoa se propõe a sair de si e centrar-se no outro com desvelo e solicitude. Essa constatação ficou convincente neste estudo, pois 66 % dos acompanhantes entrevistados, referiram ter



que adaptar suas atividades laborais e sua rotina a nova rotina vivenciada pelo paciente perante o tratamento.

O cuidador pode ser classificado de acordo com o cuidado que irá prestar. Ele é designado cuidador primário quando assume as responsabilidades diretamente relacionadas a suprir necessidades básicas do sujeito, tais como higiene e alimentação. E é caracterizado como cuidador secundário, quando se dedica somente a auxiliar em eventuais necessidades do paciente. (RIBEIRO; SOUZA, 2010). A partir dos resultados deste estudo, pode-se constatar que no ambiente hospitalar atribui-se ao acompanhante a função de cuidador primário, já que se espera deste sujeito que assuma as responsabilidades destinadas a suprir tanto as necessidades básicas do paciente, como auxiliar nas reações do tratamento.

O sentido atribuído a função cuidador remete também à apropriação designada por Araújo *et al.* (2009) e Boff (1999), quando destacam que cuidar vai muito além de um ato, constitui-se como uma atitude de ocupação, responsabilidade, preocupação e desenvolvimento afetivo com o outro. Quem se destina a cuidar de um paciente deve ter compaixão, amor, simpatia, empatia e condições necessárias para o exercício da função de cuidado. Isto porque os discursos emergentes deste estudo designaram ao cuidador a função de apoiar, amparar e acolher as emoções e sentimentos do paciente.

A tarefa do cuidador se constitui ainda, na expectativa de que este consiga suprir as demandas do paciente, tanto no hospital quanto no ambiente de casa. (ARAÚJO *et al.*, 2009). Neste estudo emergiram falas em que profissionais destacaram estarem convincentes da expectativa de que o acompanhante dê continuidade aos cuidados instituídos pela equipe para com o paciente.

No processo de tratamento de doenças crônicas, o cuidador assume um papel de extrema importância, é ele quem normalmente se responsabiliza por acompanhar e executar o plano terapêutico definido para o sujeito que está em tratamento. (GUIMARÃES; LIPP, 2012). Na pesquisa em voga, espera-se que o cuidador seja um intermediário entre equipe de saúde e paciente, visto que cabe a ele responsabilizar-se pelas questões burocráticas, assimilar as informações, além de ser um viés de comunicação entre equipe de saúde e paciente.

Outro dado dos discursos dos participantes se refere ao fato do paciente estar ou não acompanhado na internação. É possível constatar que para as diferentes categorias da amostra, o papel do acompanhante se destaca como um diferencial no tratamento do paciente oncológico e a falta desse acompanhante remete ao sentido de desamparo, sendo um fator dificultador do tratamento.

Para Chevnick (1996) o sofrimento vivenciado por um paciente hospitalizado e adoecido é semelhante a condição de desamparo de um recém-nascido. Este torna-se dependente do ambiente e das pessoas que fazem parte deste contexto, além de ter que conviver com a dor física, ser retirado de sua rotina diária e do convívio social. Isto porque o corpo do sujeito passa a ser alvo de manipulações muitas vezes desconhecidas, assustadoras e sentidas como agressivas a seu nível de compreensão. (CHEVNICK, 1996).



Além disso, segundo Gabbi (2016) ao receber a notícia de uma doença impactante como o câncer, o sujeito se depara com sua fragilidade e a condição de ser mortal. Frente a tal circunstância, o ego se vê ameaçado e em perigo, e culmina em desamparo, originando um estado de ansiedade e sofrimento. Para Freud (1925/2006), em sua obra *Inibições, Sintomas e Ansiedade*, as reações do sujeito frente a situações traumáticas são desencadeadas por um nível de ansiedade automático, que constitui em seu âmago uma experiência de desamparo sentida pelo ego, frente a um acúmulo de excitação do qual não possui condições para lidar.

Ronick e Campos (2017) mencionam que a noção freudiana de “desamparo” se refere aos limites da capacidade simbólica e metafórica da linguagem. Nessa perspectiva, o desamparo constitui um sofrimento desencadeado por situações traumáticas, onde o sujeito não consegue por si só simbolizar e elaborar.

Ainda estes autores comentam que frente ao adoecimento e a ideia da própria morte o sujeito vivencia uma grave ruptura na experiência de si e na confiabilidade ambiental. E diante desta vivência potencialmente traumática o sujeito necessita de um cuidado semelhante aos cuidados maternos, que seja capaz de nomear, organizar e dar conta do caos originado. Nessa perspectiva, pode-se constatar que tanto a equipe quanto pacientes esperam que o acompanhante ocupe essa função ajudando a simbolizar e elaborar o sofrimento vivenciado.

Nas narrativas da pesquisa, alguns acompanhantes aparentam não conseguir ocupar a função de cuidador, já que obtém condutas que consolidam momentos de crise tanto com o paciente como com a equipe. A esse respeito, Mendes e Tavares (2009) destacam que em muitos casos o processo de adoecimento tem influência traumática, tanto no doente como em seus familiares. Estes são invadidos por diferentes tipos de sentimentos, entre eles, a insegurança, a solidão, o medo e a tensão. (MENDES; TAVARES, 2009). Nesse contexto, cabe às equipes de saúde compreender os sentimentos de pacientes e familiares, planejando e orientando ações de cuidado adequadas a cada situação. (BARRETO; AMORIM, 2010).

Outro dado relevante do estudo se refere ao entendimento da função do acompanhante no ambiente hospitalar, pois percebeu-se que a maioria dos pacientes e acompanhantes entrevistados desconhecem a função do acompanhante no ambiente hospitalar ou o que se espera desse sujeito no período de internação. Por sua vez, os profissionais participantes da pesquisa comentam que realizam orientações sobre a função do acompanhante, mas destacam que não podem exigir, em termos legais, que este acompanhamento seja efetuado. Isto porque a política oncológica e a lei que regulamenta o tratamento do paciente oncológico no SUS não contempla tal temática.

Para Viera e Marcon (2008) as modificações advindas do tratamento hospitalar, que prezam pela redução do tempo de internação, constituem uma tendência de que seja transferido para a família a responsabilidade pelos cuidados com o paciente. Diante de tais evidências, torna-se fundamental atribuir funções aos acompanhantes de pacientes oncológicos.

Ao investigar a procedência e existência de tais funções tanto no hospital estudado, como em outros hospitais do Rio Grande do Sul é possível verificar que não existe



nenhum documento normatizador da função do acompanhante no processo de tratamento oncológico e que a própria política oncológica, que institui o tratamento do paciente oncológico no Sistema Único de Saúde (SUS), não constitui nenhuma abordagem acerca desta temática.

Nas narrativas dos profissionais ficou evidente que atribuem aos enfermeiros a responsabilidade por orientar pacientes e acompanhante a respeito da função do acompanhante. Tais profissionais justificam sua narrativa na concepção de que os enfermeiros possuem maior proximidade com pacientes e familiares, construindo uma relação de confiança com ambos. Esse dado corrobora com a afirmação de Sales *et al.* (2010), pois sintetizam que o tratamento oncológico traz aos profissionais o desafio de conhecer as interações e vínculos que se formam entre acompanhantes e pacientes, de modo a tornar eficaz o suporte destinado a ambos. No entanto, para esses autores, esse desafio deve ser vivenciado por todos os profissionais que compõem a equipe de cuidados.

As equipes precisam atuar de forma multidisciplinar, visualizando o sujeito como um todo, nos seus aspectos bio-psico-sócio-espirituais para proporcionar uma abordagem profissional humanizada, geradora não só de saúde, mas de ações fundamentadas no contexto de vida do sujeito. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2012).

No que diz respeito ao atendimento recebido pelos acompanhantes/cuidadores nos serviços de saúde, foi possível constatar que apesar de 79% dos acompanhantes ter recebido atenção as suas demandas, esta se atribuía a sanar as demandas físicas do paciente. Nessa perspectiva, fica evidente que tais acompanhantes/cuidadores estão imersos no processo de cuidado do paciente e não conseguem perceber a necessidade de serem acolhidos, amparados, terem suas dúvidas sanadas para poderem exercer a função de cuidado do outro.

Souza e Gomes (2012) destacam que no processo de adoecimento os familiares apresentam a necessidade de equilibrarem seus próprios sentimentos, lidando com as questões práticas da vida e oferecendo apoio à pessoa acometida pelo câncer. Frente à situação, na maioria das vezes, o sofrimento vivenciado pelos acompanhantes acaba sendo mascarado, pois dedicam-se somente a suprir as necessidades apresentadas pelo paciente.

Para Liberato e Carvalho (2008) as equipes de saúde devem se preocupar com o bem estar e a qualidade de vida destes cuidadores, que estão sujeitos a altos níveis de stress. À equipe de saúde caberá a tarefa de oferecer apoio formal ao cuidador, atuando como facilitadora do processo de ressignificação da vida deste, auxiliando na amenização do sofrimento, cansaço e insegurança. (ANJOS; ZAGO, 2014). Além de orientar os cuidadores de acordo com as necessidades apresentadas. (BARRETO; AMORIM, 2010).

Para Geronasso e Coelho (2012) a confiança na equipe de saúde tem sido reportada como um fator importante para o tratamento do paciente, em muitos estudos. E é considerada um porto seguro para as famílias, que se sentem amparadas ao buscar auxílio para suas dúvidas e dificuldades. (BARRETO; AMORIM, 2010).



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na pesquisa realizada foi possível constatar que no ambiente hospitalar o acompanhante ocupa a função de cuidador e a esta função atribui-se inúmeras ações. Este sujeito deve atuar como um cuidador primário e se responsabilizar pelo suprimento das necessidades básicas e diárias do paciente. Deve também saber ouvir, acolher com amor e simpatia as solicitações do paciente, mostrando-se disponível a assumir a tarefa do cuidar.

Cabe a este sujeito investir em estratégias de cuidado que possibilitem, no ambiente de casa, a continuidade das ações estruturadas para suprir as demandas do tratamento e as necessidades do paciente. Como também, ser o intermediário entre equipe de saúde e paciente, responsabilizando-se por acompanhar e executar o plano terapêutico definido para o sujeito que está em tratamento.

Nas narrativas do estudo, o papel do acompanhante se destaca como um diferencial no tratamento do paciente oncológico e a falta desse acompanhante remete ao sentido de desamparo, sendo um fator dificultador do tratamento. Nessa perspectiva, ficou evidente, que tanto a equipe quanto pacientes esperam que o acompanhante se proponha a ocupar uma função que se assemelha aos cuidados maternos e possa auxiliar o paciente a elaborar o processo de adoecimento.

As atribuições do acompanhante não foram unânimes entre os pesquisados e constatou-se inexistência de protocolo hospitalar norteador da ocupação, bem como, ausência de tal temática na Política Nacional Oncológica. A carência foi justificada pela falta de embasamento legal sustentador da temática e pela inexistência de documentos norteadores ou literaturas que discorrem sobre a função acompanhante. Frente à situação, a função acompanhante não pode ser afirmada e os sujeitos envolvidos no processo encontram dificuldades para compreendê-la.

Nessas circunstâncias, é relevante criar nos ambientes hospitalares espaços de discussões referentes ao tema, incluindo todos os profissionais envolvidos no cuidado. Também é importante criar diálogos entre as diferentes instâncias que compõe o SUS, buscando formas de integrar a função acompanhante na política oncológica, que regulamenta o tratamento do paciente no SUS.

Ainda, percebeu-se na pesquisa, que frente ao adoecimento do paciente, os acompanhantes não visualizam os serviços de saúde como espaços disponíveis a acolher dúvidas e dificuldades vivenciadas por estes no processo de acompanhamento do paciente. Esse resultado demonstra a importância de se criar espaços nos serviços de saúde que sirvam de acolhimento ao acompanhante e as demandas advindas da nova função ocupada.

6. REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Thomson Learning, 1999.



ANJOS, Anna Cláudia Yokoyama dos; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Resignificação da vida do cuidador do paciente idoso com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.5, p.752-758, 2014.

ARAÚJO, Laís Záu Serpa de *et al.* Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.1, p.32-37, 2009.

BARRETO, Thâmara Sena; AMORIM, Rita da Cruz. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.462-467, 2010.

BARROS, Sibelle Maria Martins; ANDRADE, Maria Angélica Carvahó; SIQUEIRA, Flávia Alves Aguiar. Caring for a family member with cancer: contributions from a systematic family therapy. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v.17, n.2, p.96-110, 2013.

BRASIL, 2010. **Manual sobre ética em pesquisa com seres humanos**. 2. ed. Rev. São Paulo: Comitê de Ética em Pesquisa, 2010.

BRASIL, **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília-DF, Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995**. Aprova em sua íntegra o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizados. Disponível em: <<http://www.portal.educacao.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espacoeducacao-saude/classeshospitalares/WEBLEGISLA%C3%87%C3%83O/resolucao%20n%C2%BA%20%2041-1995.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências (Congresso Nacional). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 11 dez. 2017.

BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de. Por uma abordagem compreensiva da experiência familiar de cuidado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.14, n.3, p.1394-1400, 2015.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano—compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

CHEVNIK, Mauricio. La interconsulta médico-psicológica. Entre la medicina y el psicoanálisis, una mediación posible. In: BÉKEI, Marta (Org.). **Lecturas de lo psicosomático**. 2. ed. Buenos Aires: Ed. Lugar Editorial, 1996. p.169-183.

FERREIRA, Caroline Gomes; ALEXANDRE, Tiago da Silva; LEMOS, Naira Dutra. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.20, n.2, p.398-409, 2011.



FREUD, Sigmund. **Um estudo autobiográfico**: inibições, sintoma e ansiedade, análise leiga e outros trabalhos (1925-1926). 20. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

GABBI, Lucélia Daiana Noronha. **O sujeito diante do adoecimento e da finitude**. 2016. 52 f. Monografia (Bacharelado em Psicologia) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2016.

GERONASSO, Martha Caroline Henning; COELHO, Denise. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v.1, n.1, p.173-187, 2012.

GUIMARÃES, Claudiane Aparecida; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Os possíveis porquês do cuidar. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v.15 n.1, p.249-263, jan./jun. 2012.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 13. ed. Rio de Janeiro: Record, 2013.

LIBERATO, Regina Paschoalucci; CARVALHO, Vicente Augusto de. Psicoterapia. In: CARVALHO, Vicente Augusto de *et al.* (Org.). **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p.341-350.

LUZ, Madel Therezinha. Fragilidade Social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben Araújo de. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p.7-19.

MANOEL, Maria Fernanda *et al.* The Family relationship and the burden level on Family caregivers. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.346-353, 2013.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. 7. ed. Rev. e Ampl. São Paulo: Atlas, 2007.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p.14-19. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

MENDES, Ana Cristina Lopes; TAVARES, Renan. A arte como aliada na recuperação de crianças e familiares. In: TAVARES, Renan; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de (Orgs.). **Arte e saúde**: experimentações pedagógicas com o jogo dramático cuidado de enfermagem em foco. São Caetano do Sul(SP): Yendis, 2009. p.251-255.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza *et al.* A vivência familiar diante do adoecimento e tratamento de crianças e adolescentes com leucemia linfóide aguda. **Cogitare Enfermagem**, v.13, n.4, p.484-489, 2008.

NUCCI, Nely Aparecida Guernelli. Cuidados paliativos: construindo significados. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos**: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p.609-624.

PESSINI Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de bioética**. 10. ed. São Paulo: Edições Loyola; Centro Universitário São Camilo, 2012.



PIMENTA, Graça Maria Ferreira *et al.* Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n.3, p.609-614, 2009.

RIBEIRO, Aline Ferreira; SOUZA, Célia Alves de. O cuidador familiar de doentes com câncer. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.17, n.1, p.22-26, jan./mar. 2010.

RONICK, Patrick Viera; CAMPOS, Elisa Maria Parahyba. Pânico e desamparo em pacientes com cardioversor desfibrilador implantável. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.99-121, jun. 2017.

SALES, Catarina Aparecida *et al.* Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.4, p. 616-621, 2010.

SOUZA, Maria das Graças Gazel de; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Sentimentos compartilhados por familiares de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico: um estudo de representações sociais. **Revista Enfermagem UERJ**, v.20, n.2, p.149-154, 2012.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. E-book.

TOMASI, Neusi Garcia Segura; YAMAMOTO, Rita Miako. **Metodologia da pesquisa em saúde**: fundamentos essenciais. Curitiba: As autoras, 1999.

VISONÁ, Fernanda; PREVEDELLO, Mariane; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Câncer na família: percepções de familiares. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.2, n.1, p.145-155, jan./abr. 2012.

Submetido em: **31/03/2019**

Aceito em: **08/04/2020**