

Contribuições da Psicologia para cuidadoras de pacientes em Cuidados Paliativos

Fernanda do Amaral Pinto¹,
Julia lesbik Da Rocha²,
Grueice Kelly Bastos da Silva³
Silvana Pinto Hartmann⁴,
Paola Vargas Barbosa⁵

Resumo: Os Cuidados Paliativos (CP) consistem em intervenções voltadas a pacientes sem a possibilidade de uma abordagem curativa. Estima-se que 56 milhões de pessoas no mundo se beneficiariam desta abordagem, no entanto, apenas 14% têm acesso. A escassez de atenção destinada ao tema, faz com que poucos pacientes e familiares recebam o suporte multidisciplinar adequado. Especialmente no que tange a psicologia, mesmo os pacientes que têm acesso aos CP, não são todos possuem atendimento desse profissional. Pesquisas recentes afirmam sobre a importância de uma escuta qualificada e a elaboração do sofrimento emocional nesse contexto, sendo o psicólogo, o profissional capacitado para tal. Diante disso, o presente artigo visa compreender a percepção sobre o papel da psicologia por meio de uma entrevista a cuidadoras de pacientes em Cuidados Paliativos em um hospital público da região metropolitana de Porto Alegre. A pesquisa segue em andamento, mas entre junho e agosto de 2023 foram entrevistadas três cuidadoras com média de idade de 64 anos e desvio padrão (DP = 2,3). Como critérios de inclusão, as participantes deveriam ser as cuidadoras principais do paciente em CP e não ter recebido suporte da psicologia pelo hospital até o momento. As informações foram obtidas através de uma entrevista com roteiro semiestruturado e analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo. Das entrevistas emergiram as seguintes categorias: a) a sobrecarga da mulher cuidadora, b) a importância da escuta, c) os tipos de suporte. Como resultados, percebe-se que as participantes reconhecem a importância de ter um espaço para compartilhar suas angústias. Além disso, evidencia-se que as estratégias de cuidado com os pacientes concentraram-se na figura feminina.

¹ Discente do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Cesuca. E-mail: psicodanipazcarvalho@gmail.com

² Discente do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Cesuca. E-mail: fernandaamaralpinto@gmail.com

³ Discente do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Cesuca. E-mail: kbastos85@gmail.com

⁴ Docente do Curso de Psicologia do Centro Unversitário Cesuca. Mestre em Ciências da Reabilitação. E-mail: silvana.hartmann@cesuca.edu.br

⁵ Coordenadora e docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Cesuca. PHD em Relações Familiares e Parentalidade. E-mail: paolabarbosa@cesuca.edu.br

Palavras-chaves: Cuidados Paliativos; Mulheres; Psicologia

1 INTRODUÇÃO

Segundo Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, n.d.), as discussões sobre os Cuidados Paliativos (CP) no Brasil acontecem desde os anos 1970 e foi apenas a partir da década de 1990 que serviços organizados surgem, mesmo que experimentais. Esse atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) é normatizado pela resolução nº41 do Ministério da Saúde, que prevê a oferta de CP como parte dos cuidados ofertados pelo SUS (Brasil, 2018).

Porém, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), por mais que se aponte uma necessidade de CP para mais de 56 milhões de pessoas no mundo por ano, apenas cerca de 14% desse público é assistido. A falta de conhecimento sobre o conceito de CP e a falta de estrutura de saúde de forma ampla, dificultam o acesso a uma assistência multidisciplinar de qualidade que apoiem pacientes de CP e suas famílias, promovendo conforto, dignidade e qualidade de vida (Souza et al., 2022).

Essa transformação histórica também pode ser vislumbrada no conceito de CP. Em revisão de escopo realizada no Brasil percebe-se que o conceito de CP sofreu alterações ao longo dos anos (Souza et al., 2022). Partindo de um conceito mais restrito ao alívio de sintomas, melhora da qualidade de vida e extensão da sobrevivência, concebe-se atualmente uma definição mais abrangente, que inclui “cuidados biopsicossociais e espirituais multidisciplinares (...) para promover conforto, dignidade e melhorar a qualidade de vida” (Souza et al., 2022, pg. 5).

Outro apontamento realizado pela análise de Souza et al. (2022) foi a presença da família nas definições sobre esse tipo de atendimento. Tal discussão reforça a importância de olhar a rede de apoio do paciente em CP visto que esse suporte físico e, especialmente, emocional, será indispensável para a construção do bem-estar do paciente.

Pesquisa com familiares de pacientes adoecidos por câncer em realizadas por um Serviço de CP vinculado a um hospital universitário da região sul do Brasil, descreve o impacto do adoecimento e da necessidade de cuidado do paciente em toda família (Oliveski et al., 2021). Alterações nas atividades do dia a dia são necessárias para auxiliar o paciente em sua crescente perda de autonomia.

Cuidadores, em geral, tendem a apresentar necessidade de apoio prático e psicológico, além de necessidade de informações úteis e específicas de acordo com o processo da doença de seu familiar. Ao cuidador faz-se necessário informações sobre os serviços disponíveis e como acessá-los, manejo de sintomas, gerenciamento da carga emocional e psicológica oriundos deste cuidado e apoio durante o luto. Estratégias para melhorar a comunicação neste processo são fundamentais para o apoio dos cuidados com os cuidadores (Tieman et al., 2023).

Segundo Ximenes et al. (2022) as necessidades básicas de suporte social para um cuidador abrangem três pilares: o suporte emocional (receber apoio afetivo dentro de seus ciclos sociais), o suporte instrumental (onde o cuidador pode contar com auxílio financeiro e prático) e o suporte informacional (conscientização sobre o quadro clínico do paciente e a compreensão de seus próprios limites e demandas como cuidador).

Na pesquisa de Oliveski et al. (2021) os familiares não sabiam os objetivos dos CP quando foram inseridos nesse tipo de assistência, porém, identificam melhora na assistência e bem-estar do paciente ao fazê-lo. O trabalho da psicologia não é discutido no estudo, mas a presença da equipe da enfermagem, e o interesse desses profissionais em acolher seus medos e questionamentos é avaliado de forma positiva pelas famílias, o que nos leva a supor que o trabalho de acolhimento da psicologia também pode ser importante para o suporte dessas famílias e pacientes.

As famílias participantes (Oliveski et al., 2021) declaram a expectativa de serem acolhidos com empatia e compaixão pela equipe ao enfrentarem o agravamento da doença e a aproximação da morte. Assim como relatam, diante da necessidade de se aceitar a chegada da morte, comportamentos de resolução de pendências e ações de reconciliação. A pesquisa também aponta que os familiares têm muitas dificuldades em discutir e falar sobre a aproximação desse luto, o que pode dificultar o enfrentamento dessa perda que se mostra inevitável. Esses são comportamentos, ações e discussões que poderiam ser manejadas e mediadas pelo profissional de psicologia oferecendo suporte e acolhimento ao paciente e suas famílias.

Entende-se que a psicologia apresenta um papel fundamental no contexto dos CP. O psicólogo pode contribuir atuando em conjunto com a equipe multidisciplinar para proporcionar um atendimento integral e humanizado ao paciente e seus familiares. Ao identificar as necessidades do paciente e da sua família, é possível planejar intervenções que visem o bem-estar de ambos. Dentre as principais

contribuições do psicólogo nos CP, a literatura aponta a possibilidade de auxiliar no canal de comunicação entre o paciente, seus familiares e a equipe multidisciplinar, fazer a mediação de assuntos pendentes, como despedidas, agradecimentos e reconciliações e facilitar a relação entre profissionais de saúde, pacientes e familiares (Teixeira et al., 2017).

Dessa forma, o objetivo dessa pesquisa tem sido conhecer a percepção de familiares de pacientes com doenças que ameacem a vida que não recebem atendimento de um profissional de psicologia sobre a importância da atuação desse profissional. Para além disso, objetiva-se conhecer a realidade desses pacientes e a vivência de familiares de pacientes com doenças que ameacem a vida. Busca-se também conhecer, segundo a visão dos entrevistados, como psicólogos poderiam contribuir com o enfrentamento desse momento de vida, investigando a importância do acolhimento. Finalmente, espera-se conhecer que alternativas esses pacientes e familiares utilizam para conforto emocional.

2 METODOLOGIA

Este artigo trata-se de um estudo transversal, de abordagem qualitativa. A presente pesquisa encontra-se em processo de coleta de dados. Foram selecionados cuidadores(as) de pacientes em CP que não receberam suporte da psicologia em nenhum momento da internação. Até o momento participaram deste estudo familiares femininas de (03) três pacientes em CP internados em um hospital geral da região metropolitana de Porto Alegre. A média de idade das participantes foi de 64 anos, com desvio padrão de 2,3.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Cesuca (114262/2022) e pelo Comitê de Ética do Hospital Geral onde a coleta está sendo realizada. Após essas autorizações, iniciou-se o contato com a equipe de enfermagem do hospital, com o objetivo de ter acesso a familiares de pacientes com doenças que ameacem a vida. Depois de identificado, o familiar era contatado e convidado a participar de uma entrevista ali mesmo no hospital. As participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para obtenção dos dados, foi realizada uma entrevista com roteiro semiestruturado, elaborado pelas pesquisadoras, contendo dados sociodemográficos, questões relacionadas ao entendimento da realidade dos pacientes e seus

acompanhantes, sobre as estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades do adoecimento e acompanhamento do paciente e finalmente, sobre a percepção da possibilidade de atuação do psicólogo junto ao paciente em CP e seus familiares. Com autorização das participantes, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise.

A transcrição das entrevistas foi analisada utilizando-se a Análise de Conteúdo de Bardin. Esta é entendida como um conjunto de técnicas de “análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2011, p. 41). A análise de Conteúdo divide-se estrutura em três etapas, sendo a primeira a pré-análise, seguida da exploração do material, categorização ou codificação e concluída com o tratamento dos resultados, inferências e interpretação (Bardin, 2011).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas entre Junho e Agosto de 2023. As três participantes eram mulheres, sendo duas esposas/companheiras e uma filha de pacientes internados em CP. Todas as acompanhantes têm ensino fundamental incompleto. As duas participantes que são companheiras dos respectivos pacientes moram com o mesmo e vem cuidando deles entre 60 e 90 dias. Outra participante é cuidadora da mãe há seis anos, dividindo essa tarefa com a irmã. A mãe mora atualmente com a irmã. Os pacientes internados parecem vivenciar uma internação decorrente de complicações de comorbidades anteriores, como está detalhado no quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Caracterização da Amostra

Caracterização participante	Caracterização paciente	Relação com o paciente	Tempo de cuidado	Motivo de internação e histórico
Participante 1 Mulher, 66 anos, aposentada	Homem, 66 anos, ensino fundam. incomp., empreiteiro de obra	esposa	2 meses	AVC hemorrágico, coágulo no cérebro, câncer de pulmão, infecção*
Participante 2 Mulher, 62 anos, aposentada	Mulher, 83 anos, ensino fundam. incomp.	Filha	6 anos	AVC, isquemias, infartos, Alzheimer, Infecção urinária, infecção generalizada*
Participante 3 Mulher, 66 anos, do lar	Homem, 66 anos,	esposa	3 meses	AVC, acamado com escaras*

*motivo da internação no momento da entrevista.

As participantes relataram ter poucas informações sobre o prognóstico dos pacientes e em momento algum citaram os CP como uma prática oficial. O contato das pesquisadoras com as cuidadoras se deu a partir da indicação da equipe de saúde do hospital, que sinalizou os pacientes em CP. Isso levanta uma discussão, já presente na literatura (Oliveski et al., 2021), de que os pacientes e suas famílias não são informados com clareza sobre a impossibilidade de recuperação, tampouco sobre as possibilidades de intervenção durante os CP. No caso das entrevistadas, parte dessa dificuldade de comunicação provavelmente se deve à inexistência de uma equipe específica de CP no hospital. Ainda assim, parece haver uma falta de comunicação da equipe de saúde e, ainda uma carência de entendimento por parte dos familiares.

3. 1 A SOBRECARGA DA MULHER CUIDADORA

Outro aspecto relevante na análise dos dados relacionou-se ao fato de todas as cuidadoras serem do sexo feminino. Uma das perguntas principais do estudo, questionou como se deu a escolha do cuidador(a) para o paciente em CP dentro do contexto familiar. Com as três entrevistadas captou-se a resposta que seria comum entre elas, onde a mulher foi escalada para o papel de cuidadora. A concepção de cuidado é historicamente construída e confunde-se com a concepção de maternagem, conceituando, nessa visão, o papel cultural da mulher atrelado a sua condição biológica reprodutiva (Friedemann & Buckwalter, 2014).

O papel da mulher como cuidadora da família e entre seus outros espaços sociais de convivência é evidenciado repetidamente. Socialmente há a ideia de que todas as pessoas do gênero feminino estão inclusas na aprendizagem do cuidar (Pedro & Wegner, 2010). A imagem da mulher foi naturalizada como uma figura cuidadora e é um cargo que se aplica sistematicamente ao feminino, anulando quaisquer afazeres rotineiros e triplicando sua jornada diária.

Segundo Guimarães e Pereira (2020), desde muito tempo a mulher foi colocada como responsável pelos cuidados domésticos, porém, mesmo com a similaridade que esta rotina tem com uma jornada de trabalho, a recompensa nunca foi monetária, mas vinda de motivações como o “amor” e “responsabilidade familiar”. Essas atividades, por serem reconhecidas constantemente como um “cuidado” e não um trabalho com recompensa monetária, moldam a ideia do trabalho de um cuidador como uma “ajuda”. A fala da participante 1 ilustrou esta realidade: “É que eu chego em casa e tem todo

meu serviço também pra fazer e tudo, só de noite né. Eu vou dormir lá pela 1h da manhã. Aí 7h eu to aqui de novo (...) chego em casa, tenho que fazer a vianda do meu filho, pra ele levar pro serviço também e tudo né. Não tá sendo fácil. Mas é né."

Guimarães e Pereira (2020) reiteram que as atividades de cuidado vistas como obrigação por conta do papel do afeto e da responsabilidade familiar sobrepõem-se, mesmo quando a mulher já teria uma rotina estruturada por outros afazeres. A participante 2 deste estudo reafirma este achado da literatura: "Já deixei de viajar muitas vezes porque tem que cuidar (...) esses dias tinha um aniversário pra ir, tava tudo certo, tava me arrumando no salão e daí, minha irmã ligou 'A mãe tá ruim, corre aqui', aí larguei tudo e fui."

Essas mulheres-cuidadoras, assumem inúmeros papéis sociais concomitantes e determinados pelo meio sócio-histórico-cultural, sendo inseridas em uma espécie de tripla jornada, independente da sua vontade. Com isso, conseguem desenvolver condições de sobrevivência mesmo que de uma forma imposta. Essa mesma necessidade de sobrevivência, não lhes permitiria o tempo e ambiente para uma reflexão crítica, que possibilite o despertar de autonomia e emancipação (Pedro & Wegner, 2010).

A função da mulher, imposta por um determinismo social fortemente enraizado, é uma rotulação árdua para desestruturar, porém, uma alternativa válida para diminuição da centralização da mulher diante do papel do cuidado, seria uma redistribuição familiar do papel do cuidador, de forma onde outros familiares ou pessoas próximas do ciclo social do paciente, pudessem auxiliar no cuidado das formas possíveis, trazendo assim uma divisão e ordenamento justos para a cuidadora central (Pedro & Wegner, 2010).

3.2 A IMPORTÂNCIA DA ESCUTA

Aos familiares que são designados ao cuidado do paciente é requerido que possam suportar uma nova rotina cansativa e carregada de incertezas. O adoecimento e a internação de um ente querido trazem diversos sentimentos como ansiedade, medo, incertezas, desamparo e desespero. Nesse cenário, recorre-se ao psicólogo hospitalar cabendo a este, acolher e manter uma escuta ativa voltada ao sofrimento inerente ao vivenciado (Valesco, Rivas & Guazina, 2013).

As participantes, reconheceram na Psicologia a sua importância, atrelando a profissão a um lugar de escuta. A participante 3 verbalizou esta questão, conforme

ilustrado em sua fala a seguir: “É bom pra gente conversar, se desabafar um pouco né. Alguém pra ouvir... tenho certeza de que se eu tivesse acompanhamento seria muito bom, tanto eu quanto meu filho, meu marido, pra desabafar pra falar”.

Entende-se que uma escuta empática não é atribuição exclusiva do psicólogo, no entanto, pode-se problematizar a escassez de profissionais capacitados para isso. Entende-se que o psicólogo é um profissional apropriado de forma emocional e ética para dar espaço ao sofrimento e suas reverberações psíquicas. O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2007) afirma que cabe ao psicólogo hospitalar promover intervenções que englobem as repercussões emocionais que emergem neste processo. Reconhece-se que a escuta ativa, nesse contexto, seja uma importante ferramenta do cuidado. Através da escuta, o sujeito passa a ressignificar o adoecimento, podendo sentir-se aliviado de sua angústia (Valesco et al., 2013).

Por mais que se reconheça a importância do papel da Psicologia, poucas pessoas de fato possuem acesso a este profissional no Brasil. Nos hospitais, o número de profissionais da Psicologia disponíveis ainda é aquém se comparado a outros profissionais da área da saúde (Carvalho, 2013).

3. 3 OS TIPOS DE SUPORTE

Para enfrentar a realidade do cuidado, faz-se necessário lançar mão de algum tipo de apoio. A literatura entende o suporte social como uma percepção que o indivíduo tem de que existem pessoas que podem fornecer recursos afetivos, financeiros ou outros tipos de ajuda, caso necessário. O suporte social, portanto, é a percepção do sujeito de que o suporte está disponível, caso ele precise. Esse suporte pode ser ofertado por amigos, familiares, colegas de trabalho ou outras pessoas da comunidade. A presença de um forte suporte social pode ajudar a reduzir o estresse e melhorar a saúde mental e física. É possível encontrar na literatura o conceito de suporte social classificado em três dimensões, sendo a emocional relacionada à percepção de afetividade entre as pessoas. A dimensão instrumental (material) está atrelada a ideia de pessoas que podem ajudar os indivíduos no que diz respeito a recursos financeiros e práticos e a dimensão informacional, relativa a receber de outras pessoas informações que ajudem os sujeitos nos processos de tomada de decisão (Cardoso & Baptista, 2015).

Foi questionado as participantes, se de maneira geral, elas têm encontrado apoio para cuidar dos seus familiares em CP. Identificou-se com maior evidência a

presença de apoio instrumental. A participante 3 ilustrou isso dizendo: “Olha, o apoio que eu recebi foi as fraldas, né...” referindo-se a ajuda instrumental que recebeu por meio do Centro de Referência em Assistência Social do município. Em relação a dimensão emocional do cuidado, pode-se identificar o maior ponto de fragilidade destas cuidadoras. As três participantes compartilharam da sobrecarga afetiva de ser a cuidadora principal de seus familiares, ao mesmo tempo em que também precisariam manter os cuidados para com a família para além do paciente. Quanto a este aspecto, a literatura sinaliza que a sobrecarga enfrentada por mulheres que cuidam de seus familiares nos desafios se constitui em um grande desafio do ponto de vista psicossocial.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema é de expressa relevância do ponto de vista social. Identificou-se pouca produção de artigos e estudos que englobem a prática do psicólogo no hospital e especialmente, em relação a CP no Brasil. Reconhece-se as limitações do tamanho da amostra deste estudo, mas entende-se que este recorte pode contribuir para um olhar atento por parte da Psicologia. Entende-se que a falta de um maior arcabouço teórico pode estar relacionada como reflexo das relações com a saúde e a doença estabelecidas ainda em termos de cuidados terciários, em uma população que carece de recursos instrumentais, financeiros e emocionais para reconhecer suas necessidades antes de se tornarem incuráveis.

Identificou-se nas entrevistadas uma certa dificuldade em nomear as emoções envolvidas no processo de cuidar, o que se pode atribuir a uma defesa psíquica, uma vez que, é quase que inerente ao ser mulher a atividade de ser centralizada como cuidadora, portanto, não é reconhecido ou não é permitido, culturalmente, questionar-se ou buscar por suporte. Podemos perceber a imensa disparidade em relação a quem fica responsável pelo cuidado integral do paciente. Nesse espaço há oportunidades de atuação do psicólogo no reconhecimento das fragilidades impostas pelos atos de cuidado desempenhados, sobretudo, por mulheres.

REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (s/d). ANCP e cuidados paliativos no Brasil. <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>

Bardin, Laurence. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Brasil. Diário Oficial da União. Resolução nº41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2018 disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-201851520710

Carvalho, D. B. (2013). Psicologia da saúde crítica no contexto hospitalar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 350-365. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200008>

Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2015). Evidências de validade para a Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulta) - EPSUS-A: Um estudo correlacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 946-958. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001352013>

Clark D. (2007). From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet. Oncology*, 8(5), 430–438. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(07\)70138-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70138-9)

Conselho Federal de Psicologia (2007). Resolução CFP N.º 013/2007 – Consolidação das resoluções relativas ao título profissional de especialista em psicologia. Brasília: CFP.

Friedemann, M. L., & Buckwalter, K. C. (2014). Family Caregiver Role and Burden Related to Gender and Family Relationships. *Journal of family nursing*, 20(3), 313–336. <https://doi.org/10.1177/1074840714532715> Souza, L. de M., Wegner, W., Pinto, M., & Gorini, C. (2007). Educação Em Saúde: Uma Estratégia de Cuidado Ao Cuidador Leigo. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 março-abril; 15(2) <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8s8HMKRB4mKTTb64WHctnSv/?format=pdf&lang=pt>

Guimarães, N. A. & Pereira, P. (2020). As “ajudas”: o cuidado que não diz seu nome1. *Estudos Avançados*, 34(98), 7–24. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3498.002>.

Oliveski, C. C., Girardon-Perlini, N. M. O., Cogo, S. B., Cordeiro, F. R., Martins, F. C., & Paz, P. P. (2021). Experiências de Famílias Frente ao Adoecimento por Câncer em Cuidados Paliativos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 30, e20200669. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0669>

Organização Mundial da Saúde - OMS (2020). Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Souza, L. C. de Cestari, V. R. F., Nogueira, V. P., Furtado, M. A., Oliveira, I. M. M. de., Moreira, T. M. M., Salvetti, M. de G., & Pessoa, V. L. M. de P. (2022). Análise da evolução histórica do conceito de cuidados paliativos: revisão de escopo. *Acta Paulista De Enfermagem*, 35, eAPE01806. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR018066>

Souza, L. M. de, Wegner, W., & Gorini, M. I. P. C. (2007). Health education: a strategy of care for the lay caregiver. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 15(2), 337–343. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000200022>

Teixeira, A. L., Lima, F. de A. C., Mesquita, G. C., & Santos, L. P. (2016). Acolhimento aos familiares de pacientes em cuidados paliativos: uma contribuição da psicologia. *Sínteses: Revista Eletrônica do SimTec*, (6), 175–175. <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/simtec/article/view/8811>

Tieman, J., Hudson, P., Thomas, K., Di Seward, & Tieman, J. (2023). Who cares for the carers? carerhelp: development and evaluation of an online resource to support the wellbeing of those caring for family members at the end of their life. *BMC Palliative Care*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01225-1>

Velasco, K., Rivas, L. A. F., & Guazina, F. M. N. (2012). Acolhimento e escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. *Disciplinarum Scientia*.

Série: *Ciências* *Humanas.*
<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1741>

Ximenes, V. S., Queluz, F. N. F. R., & Barham, E. J. (2022). Relação entre Habilidades Sociais, Suporte Social e Qualidade de Vida em Cuidadores. *Psico-usf*, 27(1), 115–127. <https://doi.org/10.1590/1413-82712022270109>

Wegner, W., & Pedro, E. N. R. (2010). Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 335–342. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472010000200019>