

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE
MESTRADO EM AMBIENTE E SAÚDE**

**DO SINTOMA AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: ambiente e saúde percebidos
pelo paciente oncológico**

CAROLINE CARNEVALLI

**Lages (SC)
2018**

CAROLINE CARNEVALLI

**DO SINTOMA AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: ambiente e saúde percebidos
pelo paciente oncológico**

Dissertação apresentada para obtenção do
título de Mestre no Programa de Pós-
Graduação em Ambiente e Saúde da
Universidade do Planalto Catarinense -
UNIPLAC.

Orientadora: Profa. Dra. Lilia A. Kanan

**Lages (SC)
2018**

Ficha Catalográfica

C288d

Carnevalli, Caroline.

Do sintoma ao diagnóstico e tratamento : ambiente e saúde percebidos pelo paciente oncológico / Caroline Carnevalli . – Lages : Ed. do autor, 2018.

124p. :il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Mestrado em Meio Ambiente e Saúde.

Orientadora: Lília Aparecida Kanan

1.Câncer . 2. Diagnóstico e tratamento. 3. Paciente oncológico. 4. Ambiente. I . Kanan, Lília Aparecida (orient.). II. Título.

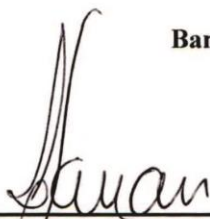
CDD 6146.944

CAROLINE CARNEVALLI

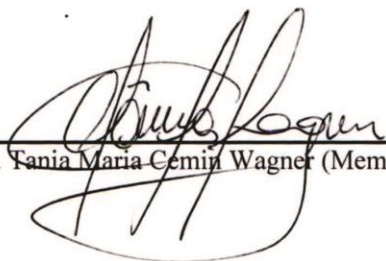
Dissertação intitulada “**DO SINTOMA AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: AMBIENTE E SAÚDE PERCEBIDOS PELO PACIENTE ONCOLÓGICO**” foi submetida ao processo de avaliação e aprovada pela Banca Examinadora em 24 de abril de 2018, atendendo as normas e legislações vigentes do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense para a obtenção do Título.

MESTRE EM AMBIENTE E SAÚDE

Banca examinadora:



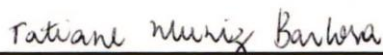
Dra. Lilia Aparecida Kanan (Presidente e Orientadora – PPGAS/UNIPLAC)



Dra. Tania Maria Cemin Wagner (Membro Titular Externo – UCS)



Dra. Marina Patrício de Arruda (Membro Titular Interno – PPGAS/UNIPLAC)



Dra. Tatiane Muniz Barbosa (Membro Suplente Externo – UNIDAVI)

Dedico este trabalho àquele que me possibilitou ter um contato tão sensível, único e inspirador com uma doença tão ameaçadora e permeada de sofrimento quanto o câncer, meu pai Luiz Carlos Carnevalli (in memoriam). Igualmente dedico à minha mãe Sônia que se fez presente nestes dois anos de Mestrado e apesar de todas as dificuldades por nós enfrentadas me presenteou com apoio incondicional. E ao meu sobrinho e afilhado Matheus, que apesar dos seus somente três anos de idade soube entender minhas ausências.

Com Vocês e Por Vocês.

AGRADECIMENTOS

Desejo exprimir meus agradecimentos a todos aqueles que me acompanharam nesta jornada de emoções oscilantes que me incentivaram, compreenderam e estiveram ao meu lado pra que eu chegasse a conclusão desse mestrado em Saúde e Ambiente.

Inicialmente à Prof. Dra. Lilia Kanan, alguém que sempre me fez admirar a relação da psicologia com a pesquisa e quem eu sempre imaginei que ao me orientar traria a segurança que eu precisava. Prof. Dra. Tatiane Muniz Barbosa que me estendeu a mão e o coração nesse projeto. Cintia Raizer, ex-professora e hoje mais que amiga, quem me serviu e serve de inspiração na atuação como psicóloga. À equipe de profissionais da Clínica ANIMI, que em nome da ciência possibilitou meu acesso aos pacientes oncológicos. E especialmente agradeço a estes, aos pacientes oncológicos que em meio ao seu tratamento aceitaram participar deste estudo e, assim, possibilitar a concretude dos meus objetivos.

Em segundo lugar, mas não menos importante, minha mãe, que sempre segurou a escada pra que eu alcançasse os meus sonhos. Aqui, a escada foi maior e mais alta. Ela esteve comigo, secou minhas lágrimas e cansou de me dizer: “filha, você é capaz”. Minha irmã e meu cunhado que sempre acreditaram no meu potencial e se orgulham dos meus passos nessa trajetória; Matheus, meu sobrinho que por muitas e muitas vezes mesmo agarrado no meu pescoço e me pedindo que ficasse com ele, soube entender o que ele chamava de meus “compomissos” (sic) e que por conta deles eu, sua madrinha, poderia brincar “só um tantinho”. Foram tantos “tantinhos”

Minhas amigas e eternas colegas de trabalho Lúcia, Neusa, Digianni, Patrícia, Giselle, Fabi, Mychelle que me incentivaram a ir em busca desta conquista; Valdirene e Marilza que desde o início bancaram esta decisão comigo e apesar dos ventos contrários não mediram esforços pra que eu chegasse aqui. Minhas amigas de infância que também souberam entender minhas faltas... até quando eu mesma não queria entender. Aos pra mim valiosos Michael e Josué que perceberam o meu distanciamento e não desistiram de mim por isso. E as amigas de todas as horas, de choro, mas de muito riso também Ana Lucia e Karen Kriss que aceitaram meus livros em nosso meio e me acompanharam passo a passo nesse longo caminho.

Aqueles que mesmo sem eu pedir se dispuseram com energia e muito carinho a me auxiliar quando o desespero batia, me doando aquilo de mais precioso que o ser humano pode compartilhar, o seu tempo. Daniel e Lu, vocês foram meu “potinho da calma” e meu “chá de camomila” neste processo. Trouxeram de volta a minha respiração quando eu já estava sem ar.

Com a concretização deste sonho, todos vocês estão de forma definitiva marcados na minha história. Eu não conseguiria chegar até aqui se cada um não tivesse feito comigo (e em

mim) uma parte deste trabalho. Foram noites e dias intermináveis de cansaço e choro... Mas certamente tudo valeu, porque agora é pra sempre. E o pra sempre é feito de “agoras” que começam aqui.

"Para tudo há o seu tempo. Há tempo para nascer e tempo para morrer. A morte e a vida não são contrárias. São irmãs. A reverência pela vida exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir".

(Rubem Alves).

RESUMO

Esta pesquisa abordou fenômenos relacionados ao processo pessoal que decorre entre a detecção de um sintoma, passando pelo momento do diagnóstico e tratamento. Objetivou assim, conhecer junto ao paciente oncológico aspectos associados à sua saúde e ao ambiente onde está inserido, no intervalo de tempo entre o sintoma, diagnóstico e tratamento. Para tanto, a pesquisa de campo se valeu da abordagem qualitativa, de caráter exploratório e longitudinal. Foram participantes pacientes oncológicos que iniciaram tratamento na cidade de Lages, SC e que no período da coleta de dados ainda se encontravam em tratamento há, no mínimo, 6 meses. O quantitativo de participantes se baseou na projeção realizada pelo Instituto Nacional do Câncer no ano de 2016 para o estado de Santa Catarina; deste quantitativo estimou-se proporcionalmente 655 novos casos de câncer na cidade onde o estudo foi realizado. E, a partir disto considerou-se que 5% ou 34 pacientes (amostra) teriam condição de fornecer as informações que se preconiza nos objetivos da pesquisa, dado o caráter qualitativo que o método enseja. A seleção dos participantes se deu por acessibilidade. De modo a se estabelecer certa paridade entre os participantes e evitar vieses culturais e de gênero, foram selecionados 17 homens e 17 mulheres para compor a amostra. Um roteiro de entrevista semiestruturado, criado a partir de revisão extensa em artigos publicados em periódicos produzidos por autores brasileiros e estrangeiros foi utilizado à coleta de dados. Este instrumento continha perguntas abertas no sentido de interação, vínculo e observação sistemática e individual e foi planejado para possibilitar responder aos objetivos propostos no estudo. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas. Após as transcrições das gravações, a partir da técnica Análise de Conteúdo foram criadas as categorias iniciais e, posteriormente, as intermediárias e finais. Desta análise emergiram 4 categorias que reuniram elementos importantes à compreensão do objeto de estudo: (a) Sintoma; (b) Diagnóstico; (c) Ambiente e Relações; e, (d) Estratégias de Enfrentamento. E, por fim, as transcrições também foram submetidas ao *Software* alemão MAXQDA12 para análise quantitativa dos dados qualitativos. Para validação do roteiro de entrevista, foi realizado um teste piloto com cinco pacientes oncológicos. O estudo foi submetido e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Ao final do estudo, constatou-se que os pacientes reconhecem como sintomas apenas aqueles associados à dor, relativizando os demais. O diagnóstico é o momento mais difícil de ser vivenciado, por ser uma situação paradoxal: é acompanhado da necessidade (desejos) de certezas ao mesmo tempo que suscita receios (temores) frente a elas. Nos ambientes e nas relações, mudanças importantes são inevitáveis, algo que contribui às estratégias de enfrentamento e para que o paciente possa se refazer e se reorganizar. Ansiedade, medo, insegurança, incerteza, estranheza, percepção de mutilação, amargura, rancor, estresse, angústia, apreensão, ressentimento, apesar de comuns à maioria dos pacientes oncológicos, atestam a importância de acompanhamento profissional especializado e interdisciplinar de modo a contribuir à adoção, pelo paciente, de estratégias saudáveis de enfrentamento da doença. A partir destes resultados e da produção de conhecimento a respeito da saúde e do ambiente onde o paciente oncológico está inserido pretendeu-se contribuir com subsídios científicos para intervenções responsivas de profissionais que interagem com os mesmos, bem como promover melhor qualidade de vida destes pacientes, objetivo maior da psico-oncologia.

Palavras-chave: Ambiente; Paciente oncológico. Sintoma, diagnóstico e tratamento de câncer.

ABSTRACT

This research has approached the phenomena related to the personal process that takes place between the detection of a symptom, on through its diagnosis and treatment. The goal, therefore, was to get to know the health aspects and the environment to which an oncological patient is subject to, the time frame between symptom, diagnosis and treatment. In order to do so, the field research took the qualitative approach, exploratory and longitudinal. Its subjects were oncological patients who started treatment in the city of Lages, SC, and who, at the time data was being collected, were still under treatment, and had been for at least 6 months. The number of participants was based on a National Cancer Institute projection from 2016 for the state of Santa Catarina; from this amount, it was proportionally estimated there would be 655 new cases of cancer in the city where the study was performed. Then, it was considered that 5% or 34 patients (sample) would be able to provide data that fits the scope of this research, given the qualitative character that the method entails. Participants were selected by accessibility. In order to establish some parity among the study's subjects and to avoid cultural and gender biases, 17 male and 17 female individuals were selected to compose the sample. A semi-structured interview script, whose creation was based on an extensive review of articles published in periodicals by Brazilian and foreign authors, was used for data collection. This instrument had open questions regarding interaction, linkage and systematic and individual observation and was planned in order to enable it to respond to the scope proposed in the study. The interviews were recorded in audio and transcribed. After the transcriptions of the recordings, based on the Content of Analysis technique, the initial categories were created, and afterwards, the intermediate and final categories. From this analysis, four categories that gathered important elements to understand the object of this study emerged: (a) Symptom; (b) Diagnosis; (c) Environment and Relations; and, (d) Coping strategies. Finally, the transcripts were also submitted to German Software MAXQDA12 for quantitative analysis of qualitative data. In order to validate the interview script, a pilot test was performed on five oncological patients. The study was submitted to and approved by the Ethics Committee for the Research on Human Beings. By the end of the study, data has shown patients to recognize as symptoms only those associated to pain, relativizing all others. Diagnosis is the hardest moment to experience, since it is a paradoxical situation: it comes along with the need (or desire) to be certain at the same time it raises concerns (fears) about them. On the environments and the relationships, important changes are unavoidable, something that contributes as a coping strategy for the patient to put itself back together and to reorganize itself. Anxiety, fear, insecurity, uncertainty, strangeness, perception of mutilation, bitterness, rancor, stress, anguish, apprehension, resentment, although common to most oncological patients, attest to the importance of specialized professional and interdisciplinary care, in order to contribute to the adoption, by the patient, of healthy coping strategies to face the disease. Based on these results and on the knowledge production about health and the environment where the oncological patient is inserted, this study aimed to contribute with scientific subsidies for responsive interventions from professionals who interact with those, as well as to promote a better life quality for this patients, psycho-oncology's highest goal.

Keywords: Environment; Oncological patient. Symptom, diagnosis and cancer treatment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Taxas de mortalidade por todas as neoplasias, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 1991, por 100.000 homens e mulheres, Lages - SC, no ano de 2013.....	21
Tabela 02	Distribuição quantitativa dos participantes, por sexo, segundo faixa etária, estado civil e escolaridade.....	40
Tabela 03	Distribuição entre homens e mulheres do quantitativo de reações expressas pelos participantes quando da confirmação do diagnóstico de câncer.....	49
Tabela 04	Distribuição entre homens e mulheres do quantitativo de sentimentos e sensações expressas pelos participantes quando da confirmação do diagnóstico de câncer.....	52
Tabela 05	Grupo de palavras distribuídas por categorias associada ao sexo do participante.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa;

CNS – Conselho Nacional de Saúde;

EUA – Estados Unidos da América;

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

INCA - Instituto Nacional do Câncer;

MS - Ministério da Saúde;

OMS - Organização Mundial de Saúde;

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade (MS);

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido;

UNIPAC – Universidade do Planalto Catarinense;

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	REVISÃO TEÓRICA.....	20
2.1	Câncer e seu contexto na atualidade	20
2.2	As vicissitudes próprias do paciente oncológico	22
2.3	Psicologia da saúde	24
2.4	Psico-oncologia.....	26
2.5	Estado da arte: breve relato de estudos e pesquisas sobre fenômenos psicológicos e câncer.....	28
3.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	34
3.1	Caracterização do estudo.	34
3.2	Participantes da pesquisa	36
3.3	Da escolha e seleção dos participantes	36
3.4	Critérios de inclusão e exclusão dos participantes	36
3.5	Situação e ambiente	37
3.6	Procedimento de coleta e registro de dados	37
3.7	Procedimento de análise dos dados	37
3.8	Procedimentos éticos	38
4.0	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
4.1	Características sociodemográficas dos participantes	40
4.2	Análise de Categorias	41
4.2.1	Categoria Sintoma.....	42
4.2.2	Categoria Diagnóstico: sentimentos, sensações, reações e mudanças	47
4.2.3	Categoria Ambientes e Relações	58
4.2.4	Categoria Estratégias de Enfrentamento.....	65
4.3	Análise quantitativa dos dados coletados	72
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS.....	82
	ANEXO.	91
	APÊNDICE.....	99

1. INTRODUÇÃO

A saúde é considerada por grande parte da população um bem imprescindível. A vida das pessoas se organiza e se processa a partir de suas interações com os mais diversos contextos, situações e ambientes; para tanto, ter saúde é uma imperiosa condição. Manter-se saudável na contemporaneidade é condição favorecida pelas novas tecnologias e medicamentos. A longevidade é cada vez mais estendida pelas descobertas de drogas que curam, pelas pesquisas de novos procedimentos e intervenções, pela educação e conscientização das pessoas para um estilo de vida saudável e erradicação de hábitos nocivos, como por exemplo, fumar.

A saúde e sua promoção, cada vez mais tem recebido atenção de políticos, pesquisadores e instituições. Todavia, enquanto conceito vem se alterando ao longo do tempo. Em 1946 a OMS afirmava que saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, em oposição a simples constatação de ausência de doença e de enfermidade. Segre e Ferraz (1997) e Silva (2008) são exemplos de um quantitativo elevado de autores que questionaram/questionam esta definição, porque sugere então que saúde é algo inatingível, posto que a perfeição em todos os aspectos é algo inalcançável.

Como um conceito em evolução, em seu relatório publicado em 2010, a Organização Mundial de Saúde - OMS enfatizou os determinantes da situação de saúde: “As circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem influenciam fortemente como as pessoas vivem e morrem”. Segundo este relatório, “a educação, habitação, alimentação e emprego influenciam a saúde. Reduzir as desigualdades nestas áreas irá reduzir as desigualdades em saúde” (OMS, 2010, p.xi)

Consoante a isto, o conceito de saúde, no entendimento de Scliar (2007, p.30), ajuíza aspectos que procedem da conjuntura social, econômica, política e cultural. Para o autor, o conceito difere entre as pessoas, dado o contexto em que vivem, suas necessidades e expectativas; portanto, ser saudável ou ter saúde “não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças”.

Sob a perspectiva da doença, é pertinente observar que as que ameaçam a vida são necessariamente transformadoras (SIEGEL, 1997). E uma das doenças que não se tem ainda perspectiva de erradicar é o câncer, “pano de fundo” do estudo ora apresentado.

O interesse em estudar esta temática se deu por conta da trajetória de vida da pesquisadora que perdeu seu pai para o câncer. Por saber e sentir os impactos emocionais causados pelo câncer em sua própria vida, decidiu estudar esta temática também como forma de manter-se próxima de quem já não está mais neste plano, transformando os seus impactos

emocionais vividos em uma eterna busca de sentido e de conhecimento.

O câncer, segundo Straub (2005), é resultado de células anormais que se multiplicam e espalham de maneira descontrolada, formando uma espécie de massa, que é conhecida como tumor ou massa tissular. Esta massa também é conhecida como Neoplasia. No entanto, nem todos os tumores/neoplasias são cancerosos, existem tumores benignos que não apresentam ameaça grave à saúde. Os malignos consistem de células renegadas que não respondem aos controles genéticos do corpo no sentido de crescimento e divisão. De acordo com o autor, essas células malignas podem migrar de seu local de origem para atacar, invadir e destruir outros locais; esse processo é conhecido como metástase e quando não interrompido poderá levar à morte.

Essa doença atinge uma parcela considerável da população brasileira. Os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2014) confirmam a assertiva. Este Instituto realizou em 2013 uma pesquisa nacional em saúde para compreender a percepção do estado de saúde, estilos de vida e a relação com doenças crônicas, entre elas o câncer. O estudo apontou que na população brasileira havia uma proporção de 3,9% pessoas com 18 anos ou mais de idade que referiam diagnóstico médico de câncer. Quando se considera que em 2013, segundo o IBGE (2014), o Brasil havia chegado a 202.768.562 habitantes, tal percentual representará um contingente de 7.907.973 brasileiros.

A população de Santa Catarina em 2015, de acordo com o IBGE (2016), foi estimada em 6.819.190 pessoas. Em Lages, a população aferida em 2015 foi de 158.732, ou seja, um percentual de 2,32% da população do estado de SC. Se utilizado o percentual (3,9) referido pelo IBGE (2016), depreende-se que no estado há 265.948 pessoas acima de 18 anos que referem diagnóstico de câncer e na cidade de Lages, 6.190 pessoas.

Quanto a taxa de mortalidade por câncer em Santa Catarina, o Ministério da Saúde -MS (2014) registrou 3.187 óbitos e especificamente em Lages, local onde o estudo foi realizado, uma cidade de médio porte do interior do estado, que tem uma população de cerca de 165 mil habitantes, este número é de 125. Outro dado importante foi a estimativa do Instituto Nacional do Câncer – INCA (2016), para Santa Catarina: o ano de 2016 encerraria com 28.250 novos casos de câncer, sendo possível depreender por proporcionalidade que em Lages ocorreriam 655 novos casos de câncer.

Para além de representarem percentuais ou números, é pertinente considerar que os pacientes diagnosticados com câncer representam também uma população que apresenta sofrimento dele decorrente. Parece ser natural então, que estes pacientes se fragilizem em relação a aspectos psicológicos (sentimentos e emoções), com consequências sobre os aspectos comportamentais e até a própria saúde. Além da fragilização do paciente em razão de sua doença física, não raro observa-se sequelas emocionais nos mesmos: a ameaça de morte iminente, o abalo emocional na hora do diagnóstico, o cansaço por conta do tratamento e a

diminuição da rede de apoio pelo longo processo de tratamento, são exemplos destas.

Assim, no período entre a descoberta do sintoma, no período que o paciente sente/percebe que algo está diferente em seu corpo, o diagnóstico realizado através de exames e consulta médica e o tratamento, quais as transformações que ocorrem na vida das pessoas? Quais mecanismos são acionados internamente para o enfrentamento deste período de tempo? Os elementos que procedem do ambiente familiar ou social são contributivos? Enfim, estas e outras questões são provocações que advêm do interesse em produzir conhecimento sobre aspectos emocionais que sofrem importantes transformações decorrentes da hipótese da existência de uma doença grave como o câncer.

De muitos modos é importante a reflexão sobre o cuidado dos pacientes. Infante (2011) refere que a mecanização da saúde pode minimizar a comunicação e acabar por agravar o sofrimento. Numa perspectiva de cuidado deve-se não somente tratar e curar a doença, mas cuidar na forma mais abrangente e ampla da palavra. Exara-se do filme “Patch Adams, o amor é contagioso”, filme estadunidense de 1998, com a direção de Tom Shadyac e baseado em livros e na vida de Patch Adams e Maureen Mylander, a seguinte afirmação "Se você tratar uma doença, você ganha ou perde. Se você tratar uma pessoa, eu garanto, você vai ganhar, não importa o resultado..." Tal entendimento possibilita enfatizar, a importância da mudança de direcionamento no tratamento de pacientes com diagnóstico de câncer: ao invés de se tratar a doença que o paciente tem, deve ser objetivo das ciências da saúde tratar o doente que tem a doença frente a toda sua subjetividade humana.

Uma área da Psicologia que intervém junto a pacientes oncológicos, familiares e equipe de saúde com o objetivo de auxiliar no processo de tratamento e na intenção de minimizar o sofrimento vivenciado dando novos significados de vida é a Psico-oncologia. Esta área é um campo interdisciplinar da saúde que investiga a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, tratamento e reabilitação de pacientes oncológicos (COSTA JUNIOR, 2001), bem como auxilia nos aspectos emocionais relacionados à terminalidade/morte. Entre seus principais objetivos estão a identificação de variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa auxiliar o processo de enfrentamento da doença, incluindo quaisquer situações potencialmente estressantes a que pacientes e familiares são submetidos. Assim, ao receber apoio psicológico o paciente tem a oportunidade de cuidar da sua saúde e ressignificar, dar novo significado a velhos e novos (atuais) aspectos vivenciados por ele além de ter a conveniência de pensar e repensar em suas escolhas, suas relações e de se reconhecer como importante em sua rede social. O psicólogo será alguém que poderá participar da equipe de cuidados e, sobretudo trabalhará no sentido de dar suporte emocional ao paciente para lidar com as adversidades da vida e da doença. Com este auxílio o paciente, poderá responder de forma funcional a desafios e adotar comportamentos positivos, como por exemplo, dar início ou manter ações de promoção em seu bem-estar no círculo que convive (KOLANKIEWICZ,

2014). Gazzotti (2011) considera a qualidade de vida do paciente oncológico de uma forma mais ampla e destaca que nesta perspectiva não é possível dizer que qualidade de vida é apenas ausência de doença; há que ser considerada como um problema de saúde pública.

Tais constatações justificam a importância de se produzir conhecimento a respeito de pacientes oncológicos e as características que passam a assumir os ambientes onde se inserem (acolhedores ou ameaçadores?). Sob a perspectiva interdisciplinar ancorada na Psico-oncologia registra-se a incipiência das produções que trazem em seu escopo as singularidades do período de tempo que transcorre entre a detecção do sintoma, a definição diagnóstica e o processo de tratamento. Esta afirmação decorre da busca sistematizada realizada pelas pesquisadoras e será melhor abordada adiante ao se explicar o estado da arte.

Neste sentido, diante dos números/percentuais referenciados pelo IBGE (2014), pelo MS (2014) e pelo INCA (2016) restou implícita a importância de se produzir conhecimentos sobre o período que transcorre entre a percepção ou a identificação de um sintoma, o diagnóstico confirmatório de uma grave doença e o tratamento que o sucede. Não menos importante é produzir considerações a respeito do apoio psicológico necessário ou recebido neste período de intensa insegurança.

De modo a se produzir o conhecimento esperado, este trabalho teve como objetivo principal conhecer a percepção do paciente oncológico sobre sua saúde e sobre o ambiente onde está inserido, no intervalo de tempo entre o sintoma, o diagnóstico e o tratamento. Especificamente se pretendeu (a) descrever a percepção do paciente oncológico a respeito de sua saúde e de seu ambiente extenso no intervalo de tempo entre o sintoma, o diagnóstico e o tratamento; (b) identificar aspectos associados às estratégias de enfrentamento da doença; e, (c) relatar os sentimentos/emoções, reações e mudanças vivenciados pelo paciente no intervalo referido. Esse período interessa à pesquisadora por se tratar de um período de incertezas e angústias vivenciado pelo paciente. Assim, é importante conhecer estes sentimentos em tal período e não somente a partir da formalização do diagnóstico pois pressupõe-se que em meio a tantos sentimentos e sensações (angústias e incertezas), alguns podem afetar o humor, as relações e sobretudo as escolhas que antecedem o tratamento.

Nestes termos, e em razão dos aspectos anteriormente problematizados, o presente estudo objetivou produzir respostas à questão: **quais as percepções do paciente oncológico sobre a sua saúde e sobre o ambiente onde está inserido, no intervalo de tempo entre o sintoma, o diagnóstico e o tratamento?**

A seguir, são apresentados os principais aspectos que estruturam este estudo. Após esta breve introdução, o Capítulo 2 apresenta os pressupostos teóricos produzidos por instituições, autores e articulistas que se dedicaram aos temas que sustentam o estudo. O Capítulo 3 apresenta o percurso metodológico do estudo definido à consecução dos objetivos elencados. O Capítulo 4 apresenta a análise dos achados e a discussão que se faz destes em sintonia com o

conhecimento já produzido. No Capítulo 5 são apresentadas as conclusões do estudo e considerações finais produzidas pela pesquisadora.

2. REVISÃO TEÓRICA

As mudanças ocorridas na contemporaneidade, como por exemplo, a ampliação da expectativa de vida e novos hábitos alimentares, o sedentarismo, os hábitos tóxicos dentre outros, contribuíram para que nos países industrializados a incidência de câncer fosse ampliada. Por ter uma evidente relação com a morte, esta doença é considerada uma das mais temidas pela população. São frequentes os relatos de sofrimento psíquico decorrente do diagnóstico, do curso da doença e em seus estágios avançados, fatos que determinam ser improváveis a manutenção da qualidade de vida e o bem-estar dos pacientes (ROS ROMERO, 2017).

A seguir, apresenta-se brevemente o entendimento de autores e articulistas que contribuem ou que contribuíram à produção de conhecimentos que sustentam a problemática. Ainda, são apresentadas considerações a respeito das especificidades que marcam a vida de pacientes oncológicos desde a percepção do sintoma, passando pela confirmação do diagnóstico e culminando no tratamento da doença, com suas intercorrências e consequências.

2.1 Câncer e seu contexto na atualidade

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) desenvolve importante papel em ações de prevenção e controle do câncer. Entre as ações que desenvolve estão os registros de câncer que se tornarão documentos, informações válidas e confiáveis ao auxílio na tomada de decisões estratégicas. Isso ocorrerá através da apropriação do conhecimento, da realidade sobre a qual se deseja intervir ou modificar, e por conta da possibilidade de olhar específico regional em relação aos problemas que afetam a saúde da população e que estão relacionados ao tema Câncer no Brasil.

De acordo com INCA (2016), havia a estimativa para o ano de 2016 de incidência de casos de câncer no Brasil de 596 mil novos casos. Entre os homens, são esperados 295.200 novos casos, e entre as mulheres, 300.800. No Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM referido pelo MS (2014) há ainda alguns relevantes dados. Por exemplo, com relação à taxa bruta de mortalidade entre todas as neoplasias (todos os tipos de câncer), ajustadas por idade, relacionadas à população mundial e brasileira de 1991, entre 100.000 homens e mulheres, a cidade de Lages- SC no ano de 2013 apresentou as taxas observadas em detalhes na Tabela 01, a seguir. Nela é possível constatar que no ano de 2013 houve 129 óbitos de homens e 105 de mulheres por 100.000 pessoas na faixa etária entre zero até oitenta anos. Observa-se que nessa cidade há maior incidência de óbitos tanto de homens, quanto de mulheres, quando se compara à taxa padrão Brasil – de 119,48 para homens e 76,61 para mulheres, por 100.00 pessoas. Todavia estas taxas são menores que à taxa padrão mundial – de 164,74 para homens e 107,76

para mulheres, por 100.00 pessoas.

Tabela 01. Taxas de mortalidade por todas as neoplasias, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 1991, por 100.000 homens e mulheres, Lages - SC, no ano de 2013.

Faixa Etária	Homens		Mulheres	
	Número de Óbito	Taxa Específica	Número de Óbito	Taxa Específica
00 a 04	0	0	0	0
05 a 09	0	0	0	0
10 a 14	0	0	0	0
15 a 19	1	13,84	0	0
20 a 29	1	7,52	2	14,58
30 a 39	5	44,53	0	0
40 a 49	8	78,19	14	120,18
50 a 59	14	185,19	19	216,94
60 a 69	34	734,02	28	497,6
70 a 79	33	1.437,91	27	879,77
80 ou mais	33	3.638,37	15	1.025,99
Idade ignorada	0	0	0	0
Total	129	-	105	-
Taxa Bruta	-	169,98	-	130,09
Tx Padr. Mundial	-	164,74	-	107,76
Tx Padr. Brasil	-	119,48	-	76,61

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

O Instituto Oncoguia (2016) refere que os dados anteriores referenciados pelo INCA (2016) ocorrem de maneira bienal (a cada dois anos) e servem para que os gestores e instituições atuantes no tema estejam atentos na preparação de novas políticas públicas de acordo com a necessidade. As estimativas representam uma das principais fontes de dados sobre o câncer no país.

Dentre os 596 mil novos casos de câncer, neste período no país, os cânceres de maior incidência, com exceção do de pele não melanoma, são os de próstata, pulmão e colorretal nos homens e mama, colorretal e colo de útero nas mulheres. O Instituto Oncoguia ainda informa o alerta do INCA sobre o tabagismo, sendo este o responsável por 30% das mortes por câncer e o excesso de peso como fatores para o desenvolvimento dos seguintes tipos de câncer: colorretal, mama, ovário, próstata, esôfago, pâncreas, rim, corpo do útero, vesícula biliar, e fígado.

A despeito da doença câncer e suas implicações na vida das pessoas, Silva (2001) lembra que as questões psicossociais do câncer no passado eram quase inexistentes, fato que tem se mostrado diferente à medida que foram surgindo tratamentos mais eficazes para esta doença. A autora lembra que os trabalhos iniciais sobre a questão psicológica do paciente estavam relacionados ao ato cirúrgico, de como o paciente iria responder a isso, uma vez que a cirurgia era a primeira alternativa de tratamento. Neste sentido, a psicologia e o campo da psicologia da saúde têm muito a contribuir e a psico-oncologia como área de interface entre psicologia e

oncologia traz novas possibilidades de intervenções, com o intuito de auxiliar o paciente, familiares e equipe de saúde nos processos relacionados ao câncer.

Tangente a isso, outro campo atual que investiga questões relacionadas a doença do câncer: a Psicologia Ambiental. Nesta área de estudos, se busca compreender a díade pessoa-ambiente fornecendo instrumentos em busca de superação de impasses (ZACARIAS; HIGUCHI, 2017). Sabe-se que o ambiente tem papel importante no desenvolvimento desta doença, uma vez que o câncer é causado por fatores internos, mas também externos (ambientais). A esse respeito, Hatagima e Koifman (2003), destacam que estes fatores estão intimamente conectados sendo os externos relacionados a exposições ambientais, enquanto os internos à questões biológicas, como a capacidade individual de defesa das agressões externas. Por serem fatores causais costumam reagir no organismo de várias formas, o que aumenta o risco de células até então normais se transformarem em células cancerosas/malignas. A exemplo destes fatores externos há, por exemplo, a exposição à agrotóxicos – produtos químicos utilizados na intenção de destruição das ervas daninhas – do qual inevitavelmente as pessoas estão em contato através da alimentação. Esta exposição é considerada potencialmente ao desenvolvimento do câncer pois os agrotóxicos não apenas carregam substâncias que têm potencial para alteração do DNA de uma célula podendo dar origem a um tumor como também podem acelerar a célula em sua divisão. Os autores citam ainda, que por conta da ampliação contínua ao consumo de agrotóxicos, seja diretamente (populações ocupacionalmente expostas) ou indiretamente (população que entra em contato através de alimentos ou dos recursos hídricos) o Brasil começa a levantar um perfil epidemiológico no sentido de investigação. Corroborando o pensamento Souza et al. (2017), ao afirmar que o Brasil é o principal consumidor de agrotóxicos do mundo, dado este que acarreta em um número maior de pessoas exposta ao fator carcinógeno.

2.2 As vicissitudes próprias do paciente oncológico

O câncer é uma doença que afeta o bem-estar físico e psicossocial dos pacientes; há comprovadamente algum grau de sofrimento, quer seja na fase do diagnóstico, do tratamento ou na sobrevivência (HULBERT-WILLIAMS; STOREY; WILSON, 2015). Ou seja, pacientes com diagnóstico de câncer experimentam vários sintomas ao longo da sua história clínica. Todavia, tais sintomas não ocorrem de maneira isolada: se apresentam simultaneamente e com estreita relação entre si, fato que se manifesta nos efeitos sinérgicos e deletérios sobre sua morbidade (ROCHA et al., 2017).

A preocupação com o paciente oncológico desde o momento em que este suspeita da doença e mesmo sem receber o diagnóstico definitivo é tão importante quanto o próprio tratamento do câncer. Parece ser inegável que esse é um momento repleto de dúvidas, incertezas

e temores (CABRAL et al., 2017; ROJAS et al., 2017; ROS ROMERO, 2017; SOPILCA; GARCIA, 2017).

Ilustram tal entendimento Salci et al., (2008) em seu estudo junto a um grupo de 11 mulheres diagnosticadas com câncer de mama na cidade de Maringá, onde no momento em que foram questionadas sobre o temor ante ao diagnóstico, o sentimento revelado com maior frequência foi a desesperança. Um dos relatos no estudo de Salci et. al. (2008, p.48) sobre o momento de confirmação da doença contribui para o entendimento do dilema vivenciado:

[...] a primeira coisa que vem na cabeça é isso, o nome da doença assusta, mas não é como antigamente. Mas você saber que está com câncer, nossa, é um pesadelo. Até você aprender a conviver, ver que tem tratamento, que você está fazendo e saber que tem cura, nossa, é uma grande coisa...

Corroboram este achado Farinhas, Wendling e Zanon (2013) em um estudo que buscou verificar o comportamento emocional diante da possibilidade de um diagnóstico de câncer. Sua pesquisa foi um estudo de caso do qual entrevistou a filha de uma paciente que recebeu o diagnóstico de câncer. Os sentimentos relatados eram de negação: não acreditava ter qualquer problema, embora soubesse que havia algo errado em seu corpo e estivesse ciente do histórico de câncer na família.

A confirmação do diagnóstico, momento em que o paciente com suspeita de câncer precisa enfrentar, pode desencadear as mesmas emoções negativas por que passa um paciente submetido ao tratamento e que já recebeu o diagnóstico. Relatam Maluf et. al. (2005) que a descoberta de um sintoma, por mínimo que seja, dá início a um processo interno de dúvidas e incertezas que podem ou não ser amenizadas por meio do exame físico e de exames radiológicos.

Suspeitar de um câncer é algo que desperta muitos conflitos; o medo de mutilação e os reveses de um tratamento anunciam, não raro, traumas emocionais que deixam os pacientes sem esperança, deprimidos, revoltados, melancólicos, retraídos com tendências ao isolamento. Face a isto, “saber-se com diagnóstico de câncer expõe ao ser humano sua vulnerabilidade e se alia a várias questões sobre a vida e seu significado” (SALIMENA et. al , 2012, p. 340).

O impacto gerado pelo câncer na vida das pessoas atinge também seus familiares. O diagnóstico desta doença carrega em si uma significativa carga emocional, bem como de devaneios originados no temor do paciente e de sua família a respeito do tratamento ou de sua evolução (BIFULCO, 2010, p. 231). Exemplos desse abalo são a “perda da saúde e papéis anteriormente exercidos pelo paciente, a impossibilidade de realizar e construir projetos de vida, a redução de renda e o encurtamento do período de vida” (FARINHAS; WENDLING; ZANON, 2013, p. 03). Por tais razões, a doença promove importantes mudanças, principalmente associadas à reorganização da vida cotidiana.

Parece certo afirmar então, que os familiares convivem com sentimentos relacionados à

mudança de vida, à angústias e à privações que o câncer e seu tratamento impõem. Figueiredo et al., (2017) revelam que comumente os familiares sentem-se cansados, estressados, amedrontados e chorosos, o que converge para uma importante oscilação emocional.

Depreende-se, portanto, que a confirmação do diagnóstico de câncer altera de modo significativo a dinâmica familiar e funcional do paciente e de quem convive com ele.

É pertinente citar ainda, outros aspectos da vida do paciente oncológico e de seus familiares que sofrem mudanças, muitas vezes drásticas: há dificuldades econômicas decorrentes dos gastos com o tratamento; há tentativas ou ações de ocultação do diagnóstico de modo que a ocorrência de comentários indesejáveis seja minimizada; há a eclosão de conflitos familiares que têm o potencial de prejudicar o suporte necessário; há premente e constante necessidade de adaptações e mudanças nos hábitos de vida (FARINHAS; WENDLING; ZANON, 2013). Podem ocorrer ainda, e com grande repercussão na qualidade de vida do paciente oncológico, mudanças em seu ambiente social e nos contextos fisiológico e psicológico, como por exemplo, a perda da autoestima, a presença de dores fortes, a convivência com a ansiedade e com o medo de morrer, situações carregadas de estresse e aborrecimentos, além da cessação ou interrupção dos planos de vida, as mudanças da imagem corporal e dos estilos social e financeiro (BERNAT; PEREIRA; SWINERD, 2014).

Um aspecto que carece de pesquisas no Brasil, mas que em países como a Itália ou Estados Unidos já representam preocupação, se refere ao abalo financeiro de pacientes ou familiares em razão do acometimento da doença – apesar do tratamento ser gratuito e ocorrer via Sistema Único de Saúde - SUS. Do mesmo modo ocorre na Itália; de lá vem um estudo conduzido por Perrone e Gallo (2016), decorrente de 16 experimentos realizados entre 1999 e 2015, junto a 3.760 pacientes oncológicos. Por meio deste os autores encontraram que 22% dos pacientes apresentavam toxicidade financeira. Muito significativo também é que esses pacientes correm risco de morte nos próximos meses e anos numa proporção de 20% a mais que os demais tipos de doenças. Os autores recomendam ainda, que os problemas financeiros e seu impacto potencial no prognóstico de pacientes com câncer devem ser o foco de atenção em todos os países.

Os registros e entendimentos anteriormente apresentados ‘encontram eco’ em duas importantes sub-áreas do conhecimento: a Psicologia da Saúde e a Psico-oncologia, brevemente apresentadas a seguir.

2.3 Psicologia da Saúde

A psicologia da saúde é um subcampo da psicologia onde se aplicam princípios e pesquisas psicológicas para melhoria, tratamento e prevenção de doenças. Tem como áreas de interesse fatores biológicos, condições sociais (como por exemplo a disponibilidade dos

serviços de saúde), até traços de personalidade como o otimismo e o pessimismo. Com relação ao que é saúde, as pessoas são mais propensas a pensar em saúde como ausência de doenças. Esta definição coloca foco apenas na ausência de um estado negativo, portanto é incompleta, pois apesar de existir algum entendimento do termo “pessoas saudáveis” como aquelas que estão livres de doenças, sabe-se que saúde envolve vários aspectos. Não raro, pessoas estão livres de doenças e no entanto, não desfrutam de uma vida vigorosa e satisfatória. Logo, saúde não se limita ao bem estar físico. Neste sentido, os desafios que os psicólogos da saúde enfrentam no século XXI são de adotar e manter mudanças em estilos de vida que possam proporcionar vitalidade como um significado mais amplo do que se costuma atribuir a saúde (STRAUB, 2005).

Feldman (2015) elucida a psicologia da saúde como uma área que investiga fatores psicológicos relacionados tanto ao bem estar quanto à doença e isto inclui prevenção, diagnóstico e tratamento de problemas médicos. Cabe então aos psicólogos da saúde investigarem a influência dos fatores psicológicos diante da doença. O autor refere ainda que é função deste profissional avaliar os fenômenos psicológicos contidos nos tratamentos para as mais diversas condições médicas. Essa área da psicologia parte da premissa que a saúde e a capacidade de enfrentar as doenças são influenciadas por questões psicológicas, como por exemplo os pensamentos, as emoções e a capacidade de lidar com o estresse. Neste caso, a atenção está focada no sistema imunológico (órgãos, glândulas e células) que estão relacionados ao corpo humano com a defesa do organismo, fato mais aprofundado pela psiconeuroimunologia. Corroborando a teoria da psiconeuroimunologia, Angerami - Camon (2002) refere que esta se orienta a partir de reflexões mente-corpo e a relação com o estresse. Destaca ainda que o sistema imunológico está intimamente ligado ao sistema nervoso, não sendo possível mais referir somente a um ou a outro. O autor assevera ainda que a psicologia da saúde seria a prática de conduzir o paciente na busca de bem-estar, em seus aspectos físico, social e mental como uma abordagem totalizante, onde tudo que diz respeito a vida do paciente deva ser considerado de maneira plena e absoluta.

Assim sendo, é possível enquadrar a psicologia da saúde às práticas que atuam com a integração da saúde mental e física e social do paciente. Que consideram a compreensão orgânica da psicossomática, da psico-oncologia, os avanços da psiconeuroimunologia e as especificidades da psicologia hospitalar. Além disto, estas práticas precisam ponderar a historicidade do paciente e suas dores como únicas e que se elucubrem acerca desta questão no sentido de entender os sofrimentos articulando-os à sua realidade existencial (ANGERAMI – CAMON, 2002).

À luz de Straub (2005), a psicologia da saúde foi criada por determinação da American Psychological Association-APA deixando de permanecer a uma categoria da medicina comportamental. Após quatro anos, em seu primeiro periódico, foram estabelecidos os quatro

objetivos do novo campo: estudar de forma científica a etiologia, as origens psicológicas, comportamentais e sociais da doença; a promoção de saúde; a prevenção e o tratamento de doenças. Por exemplo, no caso do paciente com câncer esta sub-área da psicologia auxilia aqueles que já estão doentes que em seus esforços necessitam adaptar-se a novas rotinas ou obedecerem regimes de tratamentos difíceis; por fim, promover e aprimorar as políticas de saúde pública também são seus objetivos.

Outros autores como Baptista e Dias (2003) corroboram o entendimento de Straub (2005) ao referirem que as mudanças no rumo da saúde nos EUA se deram na década de 70 com a proposta de programar as melhorias necessárias para as novas exigências da área. Para estes autores, se destacam ainda neste período a superação do modelo biomédico centrado na doença e a definição da psicologia da saúde como um ramo da psicologia que se aproveita de todos os conhecimentos oriundos de vários campos e áreas correlatas. Objetiva assim promover e proteger a saúde, prevenir e tratar as enfermidades, identificar a etiologia e o diagnóstico relacionado à saúde, doença e também disfunções associadas, bem como analisar e melhorar o sistema de cuidados em saúde e aperfeiçoar as políticas públicas. Na Europa, em 1982, iniciam-se as editoriações de periódicos mais específicos e especializados, vinculados a setores específicos como *Psycho-Oncology*.

Em síntese, os psicólogos da saúde entendem a mente e o corpo como partes que merecem atenção integral não sendo possível considerá-las de forma independente. Feldman (2015) advoga ainda que os avanços na psicologia da saúde tem apontado impactos em diversas áreas do conhecimento.

2.4 Psico-oncologia

Historicamente a Psico-oncologia como área de atuação passou a ser foco de estudos nos EUA por volta de 1970, com a criação da Associação Americana de Psicologia (CARVALHO, 2002). Na mesma época, psicólogos e psiquiatras passaram a ser solicitados para integrar as equipes em hospitais, inicialmente com o objetivo de auxílio médico nas informações do diagnóstico do câncer. Esta oficialização da atuação do psicólogo em saúde veio firmar um movimento que já ocorria em consultórios e hospitais com os atendimentos psicológicos de portadores de enfermidades. A autora descreve ainda, que existiam notícias de unidades psiquiátricas e de cuidados com aspectos psicológicos em hospitais gerais desde o ano de 1902, quando os médicos começaram a demonstrar interesse por conceitos da psicossomática, campo da psicologia que estuda a repercussão das emoções no corpo.

Conforme refere Carvalho (2002), Holland criou em 1990 a Associação Internacional de Psico-Oncologia. Propôs esta modalidade de estudo como uma subespecialidade da oncologia e define seus principais objetivos relacionando-os com variáveis psicológicas envolvidas no impacto do câncer na vida emocional do paciente, familiares e também dos

profissionais de saúde. Holland também levanta a importância do estudo dos aspectos psicológicos e de comportamento implicados na incidência e reabilitação do câncer. A partir de reunião de profissionais da saúde em eventos considerados da área ocorreu, no Brasil, em 1989, o primeiro encontro Brasileiro de Psico-Oncologia.

No Brasil, a área foi definida por Gimenez em 1994 e surge da proposta de considerar a psico-oncologia como sub especialidade da psicologia da saúde, possibilitando a ampliação de intervenção da psicologia clínica e utilizando os conhecimentos da psicologia em um enfoque psicossocial que vai além da assistência aos doentes familiares e equipe de saúde, mas que se ocupe da pesquisa e da organização de serviços oncológicos interdisciplinares, interligando conhecimentos, estudos e interesses em oncologia e psicologia (CARVALHO, 2002).

A Psico-oncologia em seu escopo pretende amparar pacientes diagnosticados com câncer, de modo que encontrem possibilidades de enfrentar o sofrimento decorrente do diagnóstico recebido, como também promover condições para ampliar a qualidade de vida desses pacientes (ALVES; VIANA; SOUZA, 2018). Reconhece que o surgimento e evolução de doenças como o câncer necessitam de um nível de compreensão e ação que ultrapassem o modelo biomédico-mecanicista tradicional. Isto porque é necessária a busca e produção de esclarecimentos relacionados a fatores biológicos e sociais, tanto quanto os aspectos psicológicos envolvidos na doença e sua remissão ou recidiva e em seu impacto nas famílias e profissionais de saúde (NEME, 2010).

Veit e Carvalho (2010) em seus estudos destacam algumas variáveis envolvidas no processo de adoecimento e cura, e também as intervenções na área da Psicologia ao longo de todo este processo. Uma das vertentes desta ciência que contribui com propostas de intervenção junto ao paciente oncológico é a Psicologia da Saúde conforme já citado anteriormente.

Costa Junior (2001) observa que a psico-oncologia se constituiu, nos últimos anos, em importante ferramenta para promover condições de qualidade de vida do paciente oncológico. Contribui ainda no processo de enfrentamento de eventos estressantes, se não aversivos, relacionados ao processo de tratamento da doença, entre os quais estão os períodos prolongados de tratamento, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, as alterações de comportamento do paciente (incluindo desmotivação e depressão) e os riscos de recidiva.

Uma das possibilidades do cuidar é o trabalho em psicoterapia que pode se efetivar na medida em que se conhece a história do sujeito, a história de suas relações e a maneira que ele entendeu e direcionou a estas novas ocorrências vivenciadas (LANGARO; PRETTO; CIRELLI, 2012). O objetivo principal do processo torna-se o de viabilizar o sujeito a partir destas diferentes condições e horizontes existenciais impostos pela doença, porém sem esquecer que experiências de sofrimento atingem o sujeito em toda sua história e complexidade e não somente naquelas circunscritas à ocorrência do câncer.

Por ser uma subárea da Psicologia, a Psico-oncologia intervém junto a pacientes oncológicos, com o objetivo de auxiliar no processo de tratamento e na intenção de minimizar o sofrimento vivenciado dando novos significados de vida. Esta área é um campo interdisciplinar da saúde que investiga a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, tratamento e reabilitação de pacientes oncológicos (COSTA JUNIOR, 2001), bem como auxilia nos aspectos emocionais relacionados à terminalidade/morte. Entre seus principais objetivos estão a identificação de variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa auxiliar o processo de enfrentamento da doença, incluindo quaisquer situações potencialmente estressantes a que pacientes e familiares são submetidos.

Assim, ao receber apoio psicológico o paciente tem a oportunidade de cuidar da sua saúde e ressignificar, dar novo significado a velhos e novos (atuais) aspectos vivenciados por ele além de ter a conveniência de pensar e repensar em suas escolhas, suas relações e de se reconhecer como importante em sua rede social. O psicólogo será alguém que poderá participar da equipe de cuidados e, sobretudo trabalhará no sentido de dar suporte emocional ao paciente para lidar com as adversidades da vida e da doença. Com este auxílio o paciente, poderá responder de forma funcional a desafios e adotar comportamentos positivos, como por exemplo, dar início ou manter ações de promoção em seu bem-estar no círculo que convive (KOLANKIEWICZ, 2014). Gazzotti (2011) considera a qualidade de vida do paciente oncológico de uma forma mais ampla e destaca que nesta perspectiva não é possível dizer que qualidade de vida é apenas ausência de doença; há que ser considerada como um problema de saúde pública.

2.5 Estado da Arte: breve relato de estudos e pesquisas sobre fenômenos psicológicos e câncer

Parece ser interessante à academia e à sociedade a produção de conhecimentos sobre a interface entre saúde, ambiente e a psico-oncologia e requer aprofundamento e ampliação. Todavia, o processo de “garimpar” autores e articulistas na base de dados Scielo, no mês de abril de 2016 resultou na incipiência de registros de artigos com os seguintes descritores: ‘psicologia *and* oncologia’, ‘psicologia e câncer’, ‘psicologia e oncologia’. A busca com o descritor ‘psico-oncologia’ resultou em um artigo que tratava do enfrentamento e da qualidade de vida; este era um estudo realizado na Argentina; os demais foram produzidos por pesquisadores brasileiros e publicados no Brasil. Buscando mais detalhadamente no formulário de acesso livre com os descritores ‘psico *AND* oncologia’ foram encontrados 20 artigos, todavia, quando associados os descritores ‘psicologia’ ‘câncer’ e ‘psiconcologia’, nada foi encontrado.

Na base de dados Lilacs com o descritor ‘psico-oncologia’ foram encontrados nove artigos, sendo que destes, dois se repetiram na Scielo. Com o descritor ‘psicologia e oncologia’,

nesta base de dados, foram encontrados 2.377 artigos e quando realizada uma pré-seleção para busca de artigos nacionais, de revisão sistemática, nos últimos dez anos e em teses, no Brasil foram encontrados 37 artigos. Entre estes, os temas que mais se repetiam tratavam da inserção do psicólogo, de seu papel ocupacional, das dificuldades vivenciadas pelas mulheres com câncer de mama e o significado deste para a mulher, a relação médico e paciente em oncologia e o grau de informação sobre a doença, além de outros.

Algumas produções são trazidas a título de exemplo, quando se pretende contextualizar a pesquisa sobre o tema ora proposto:

No ano de 2001, produzido por Anderson Costa Junior, o artigo: “O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde” trata a psico-oncologia como integrante do contexto da psicologia da saúde. O autor aponta as principais temáticas abordadas na área e apresentadas em congressos brasileiros.

Outro relevante estudo foi realizado no ano de 2002, por Maria Margarida Carvalho. Dispõe sobre a trajetória da psico-oncologia: “Psico-oncologia: história, características e desafios”. A autora faz uma revisão de literatura da história da psicologia, psicologia da saúde e psico-oncologia.

No ano de 2004, com o objetivo de esclarecer sobre os fatores psicológicos no surgimento e progressão do Câncer, Moisés Evandro Bauer, produziu um artigo intitulado “Como os fatores psicológicos influenciam o surgimento e progressão do câncer?” O autor fez uma revisão sistemática dos estudos em humanos e modelos experimentais que investigaram o impacto do estresse sobre a resposta imune contra o câncer e suas implicações em saúde. Com isso, ele conclui que fatores psicológicos como estresse crônico e depressão estão fortemente implicados tanto no surgimento quanto na progressão do câncer.

Em 2009, Cristiane Sant'Anna Decat, Jacob Arie Laros e Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo, publicaram o artigo “Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos, atendendo a recomendação do *National Comprehensive Cancer Network*. O resultado desta pesquisa conclui que o Termômetro Distress é viável e eficiente para avaliar o distress psicológico em oncologia.

Em 2010 Maria Tereza Veit e Vicente Augusto de Carvalho fizeram um apanhado sobre a psico-oncologia em seu artigo “Psico-oncologia, um novo olhar para o câncer”. Os autores descreveram de maneira mais atualizada à época questões sobre a psico-oncologia no Brasil e no mundo.

Em 2010 Cristiane Santa'Anna Decat e Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo no artigo “Psico-oncologia: apontamentos sobre a evolução histórica de um campo interdisciplinar” tratam sobre o estigma causado pela doença câncer e o quanto o aumento da sobrevida nos pacientes ainda não foi o suficiente para erradicar este estigma historicamente construído. Também discorrem sobre o quanto estas barreiras interferem/influenciam em

pacientes, profissionais, familiares e a população em geral, vindo a criar barreiras que podem interferir tanto na prevenção quanto no acompanhamento terapêutico.

Caroline Amado Gobatto e Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo, no ano de 2010, escreveram o artigo: “*Coping* religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia”. O artigo trata da relevância da espiritualidade e religiosidade em saúde no enfrentamento das cronicidades e a adesão ao tratamento.

Também em 2010 Elisa Maria Parahyba Campos publicou na revista *Digital Library* (USP), o artigo “A Psico-Oncologia: uma nova visão do câncer - Uma trajetória”. Este artigo buscou, a partir de um relato histórico, difundir na academia termos utilizados pela psico oncologia.

Em 2013 a revista *Psicologia Argumento* da PUC/PR publicou o estudo “Depressão em oncologia: um olhar da psicologia”, de autoria de Itala Villaça Duarte e Aline Mariana Rodicz. O estudo descreve a depressão como um problema de saúde pública que pode estar também associado ao câncer.

Ainda em 2013, Caroline Amado Gobatto e Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo escreveram o artigo: “Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde”. Este artigo versa também sobre as influencias religiosas no tratamento de uma enfermidade como o câncer e buscou compreender a concepção de profissionais acerca da associação entre religiosidade, espiritualidade e saúde em Oncologia. O artigo foi publicado na Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

Em 2015 o artigo: “A mulher e o câncer: a vida após diagnóstico e tratamento oncológico”, de autoria de Diana Bomeny Espallargas discorre sobre o câncer de mama e suas implicações em mulheres que apresentaram remissão.

Em 2016, a Revista *Psicologia e Saúde em Debate* publicou artigo sobre a importância da atuação do psicólogo junto a pacientes com câncer: uma abordagem psico-oncológica. Nele Renata Fonseca Marcelo Matta Castro advoga a importância de uma assistência psicológica adequada ao paciente no contexto oncológico e como a psico-oncologia surgiu da necessidade desta demanda.

Em 2017, na Revista *Farol*, o artigo *Recursos de enfrentamento no percurso da doença oncológica*, de autoria de Karine da Fonseca Gomes, Alessandra Cardoso Siqueira e Antônio Carlos Zandonadi há destaque sobre quais são os recursos usados pelo paciente oncológico a partir do diagnóstico até o tratamento.

Em 2017, Julia Borges de Lima e Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo publicaram o estudo: “Avaliação de Resiliência, um estudo exploratório com pacientes oncológicos” que trata a resiliência como condição que favorece a sobrevivência.

Franciele Budziareck das Neves, Patricia Tuerlinckx Noguez, Silvia Regina Lopes Guimarães, Rosani Manfrin Muniz e Bruna Knob Pinto, em 2017, publicaram o artigo:

“Decisões contraditórias: os motivos que levam o familiar cuidador a omitir o diagnóstico de câncer”. Este estudo buscou conhecer os motivos pelos quais os familiares cuidadores optam por esconder o diagnóstico de câncer do doente.

Ainda em 2017, o artigo “Fatores psicológicos relacionados ao câncer” de autoria de Daisy Mendonça, Fernanda C. L. Rossi Bergamo, Karen Kelly Dias Oliveira e Kyria Rebeca Moreno Brambilla teve como objetivo investigar fatores psicológicos presentes no processo de adoecimento e tratamento. Além disto, investigou também quais os sentimentos que os pacientes vivenciam em relação ao tratamento e a adesão a este.

Em 2017, com publicação na revista Arquivos de Ciências da Saúde, Mariana Vidotti Grandzoli, Randolfo dos Santos Júnior, Ivone Silva Mariz Ibiapina e Viviane Cristina Bianchi Garcia publicaram o artigo “Indicadores de esperança, ansiedade e depressão de pacientes em tratamento oncológico”. Este artigo discute o papel fundamental da esperança no sentido de resolver as dificuldades enfrentadas e em virtude das grandes mudanças geradas em razão da enfermidade, o que por sua vez poderá produzir sofrimento emocional.

Em 2018, Gizele da Silva Alves, Jéssica Aparecida Viana e Mayra Fernanda Silva de Souza publicaram na Revista de Graduação em Psicologia da PUC Minas Gerais um estudo que buscou evidenciar a importância da psico-oncologia junto aos pacientes que recebem o diagnóstico de câncer. Teve como título Psico-Oncologia: uma aliada no tratamento de câncer.

Em 2018, a Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde apresentou o artigo a importância da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) no tratamento do paciente oncológico, uma revisão não sistemática. De autoria de Luciana Della Giustina Stang e Karin Martins Gomes. O estudo descreve as ferramentas pelas quais a TCC tem se mostrado eficiente no auxílio emocional a pacientes com câncer e familiares.

Ainda em 2018, Tanila Aparecida Garcia e Priscila Regina Daiuto publicaram o artigo: “A paciente com câncer de mama e as fases do luto pela doença adquirida”. As autoras discorrem sobre as dificuldades enfrentadas pela mulher desde o diagnóstico até o tratamento em fase final. Buscou elucidar como se dá a vivência das fases do luto nestas pacientes com este tipo de câncer.

De modo geral, frente aos temas encontrados e citados, aqueles com maior frequência dizem respeito ao surgimento, desenvolvimento, trajetória, campo de atuação da psico-oncologia. Foram encontrados estudos que apontavam para a relação da psicologia com o câncer. Ainda que não citassem a psico-oncologia nos mais diversos aspectos apresentaram a relação de fatores emocionais com a doença como: depressão, distress, ansiedade, esperança, resiliência, religiosidade e espiritualidade. Também foram encontrados estudos que indicavam a importância do acompanhamento psicológico no câncer; os recursos utilizados pelo paciente oncológico diante do diagnóstico e tratamento do câncer e fatores psicológicos que influenciam o surgimento e a progressão do câncer.

Os aspectos anteriormente tratados nesta breve fundamentação teórica possibilitam constatar a importância da ampliação de conhecimentos sobre o tema, um dos aspectos que motivou a realização desse estudo.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De modo a se alcançar os objetivos propostos para uma pesquisa científica é necessário o estabelecimento de um percurso metodológico que o direcione. A seguir, são apresentadas as principais definições metodológicas para o estudo ora proposto.

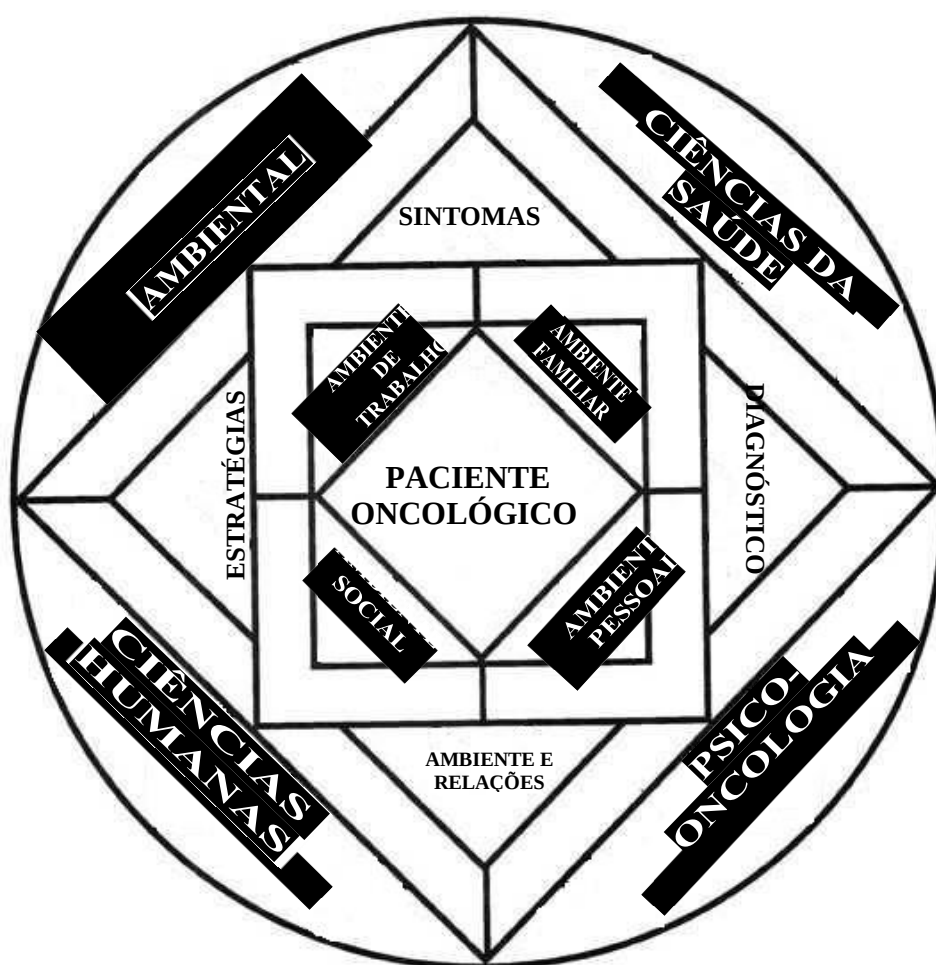
3.1 Caracterização do estudo

Uma das características dessa pesquisa é analisar, a partir de uma perspectiva interdisciplinar as vivências e percepções de aspectos que procedem do ambiente extenso do paciente oncológico, perpassando aspectos que representam sua integridade física e emocional. Nestes termos, reitera-se a importância da perspectiva interdisciplinar, haja vista a promoção do intercâmbio de ideias, a interconexão entre resultados, a amplitude das possibilidades de métodos próprios das várias disciplinas, entre outras vantagens explícitas (ANDERSEN, 2016). Notadamente, os pressupostos da Psicologia Ambiental contribuem para compreender como as pessoas significam, qualificam e percebem o ambiente onde se inserem em concomitância à como estão sendo influenciadas por esse mesmo ambiente. Isto porque determinadas características ambientais podem tanto favorecer ou fazer eclodir comportamentos, quanto podem inviabilizar outros (MOSE, 1998). Nestes termos, esta subárea da Psicologia possibilita compreender “os modos pelos quais os aspectos social e físico do ambiente influenciam o comportamento das pessoas e como as ações das pessoas, por sua vez, afetam os seus entornos”. A interface entre tais contextos requer o emprego de esforços interdisciplinares a fim de envolver as muitas dimensões – por exemplo, social, familiar, laboral, material - que são influenciadas por ou que determinam o comportamento das pessoas (CORRAL-VERDUGO, 2005, p. 72). De outro modo, os pressupostos da Psico-oncologia contribuem ao entendimento das especificidades a respeito da doença e do paciente de câncer. Valer-se destas duas áreas da Psicologia sob as bases das Ciências da Saúde e das Ciências Humanas contribuiu tanto à micro, quanto à macro dimensão do “humano” que se pretendeu imprimir ao estudo. A Figura 01, criação das pesquisadoras, a seguir apresentada, possibilita visualizar a dimensão interdisciplinar aqui brevemente esboçada.

O estudo se configura como uma pesquisa de campo, de caráter exploratório, descritivo e longitudinal, uma vez que se pretendeu analisar qualitativamente os dados obtidos no sentido de explorá-los e conhecê-los.

O método utilizado à consecução dos resultados é o método dedutivo onde, a partir de alguns enunciados de caráter universal, inferiu-se enunciados particulares (PHILIPPI JUNIOR; SILVA NETO, 2011).

Quanto à abordagem, a pesquisa assumiu predominantemente a característica qualitativa, pois se pretendeu analisar com maior profundidade as informações prestadas por cada um dos participantes. Ainda, buscou explorar e compreender o significado que os participantes atribuíam ao problema social ou humano que vivenciavam (TURNER III, 2010), bem como descrever a complexidade de seu problema de saúde, por meio da análise da interação de certas variáveis, compreendendo e classificando os processos dinâmicos por eles vividos (XU et al., 2016). Alguns dados foram tratados quantitativamente, todavia, suas análises foram qualitativas.



3.2 Participantes da pesquisa

Foram participantes do estudo 34 pacientes oncológicos que iniciaram tratamento a partir de julho de 2016.

3.3 De escolha e seleção dos participantes

A precedência da compreensão como princípio do conhecimento é defendida por Flick e cols. (2000) em razão de se escolher estudar relações complexas - como é o objeto deste estudo - ao invés de explicá-las por meio do isolamento de variáveis. Assim, para se determinar o tamanho da amostra pretendida considerou-se que:

- a população de Santa Catarina, em 2015, segundo IBGE (2016), ficou estimada em 6.819.190 e a cidade de Lages, onde o estudo será desenvolvido, em 158.732 (ou 2,32% da população de Santa Catarina).
- a projeção que o INCA faz para o estado de Santa Catarina em 2016 foi de 28.250 novos casos de câncer.
- Depreende-se então que a projeção para a cidade de Lages seria de 655 novos casos de câncer (ou 2,32% dos novos casos de câncer de Santa Catarina).

Considerando este número (655 novos casos de câncer) acreditou-se que 5% ou 34 pacientes (amostra) teriam condição de fornecer as informações que se preconizou nos objetivos da pesquisa, dado o caráter qualitativo que o método enseja.

A seleção dos 34 participantes do estudo se deu por acessibilidade. De modo a se estabelecer certa paridade entre os participantes e evitar vieses culturais, foram selecionados para compor a amostra 17 homens e 17 mulheres.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão de participantes

Inclusão: pacientes de ambos os sexos, com diversos diagnósticos de câncer, que iniciaram tratamento oncológico a partir de julho de 2016, que se encontravam em tratamento no período de realização da coleta de dados e que aceitassem voluntariamente participar do estudo.

Exclusão: pacientes que no período estudado: (a) iniciaram e abandonaram o tratamento oncológico; (b) que não apresentavam autonomia para decidir participar do estudo; (c) que não

apresentaram qualquer sintoma de câncer antes do diagnóstico.

3.5 Situação e ambiente

As entrevistas foram realizadas durante os meses de agosto e dezembro do ano de 2017, em ambiente que privilegiou o sigilo e o anonimato dos pacientes e a não interrupção. Na cidade de Lages, onde o estudo foi realizado havia, no momento da elaboração do projeto de dissertação, quatro Médicos Oncologistas que faziam atendimento, tanto em nível público, quanto privado aos habitantes da cidade e da região em seu entorno. Em razão de acessibilidade e do tempo para conclusão deste estudo, definiu-se que o mesmo deveria ser realizado junto à pacientes atendidos em uma Clínica onde trabalhavam dois destes médicos. O local onde a pesquisa ocorreu denomina-se Animi – Unidade de Tratamento Oncológico; trata-se de uma clínica de atendimento privado e que não dispõe de serviço de psicologia. Trabalha com o tratamento oncológico baseado em evidências e foca no atendimento personalizado médico-paciente. Para tanto, apoia-se em sua equipe com o objetivo de oferecer tratamento de qualidade em quimioterapia, desmistificar a doença câncer e disseminar o conhecimento da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer (ANIMI, 2016).

3.6 Procedimento de coleta e registro de dados

Os pacientes oncológicos foram estimulados a discorrer a respeito de sua percepção sobre sua saúde e o ambiente onde se inserem, no período entre a detecção do sintoma, a confirmação do diagnóstico e o tratamento. Para tanto, a pesquisadora se valeu de um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE 01), criado a partir de revisão extensa em artigos publicados em periódicos produzidos por autores brasileiros e estrangeiros. Este instrumento continha perguntas abertas no sentido de interação, vínculo e observação sistemática e individual e planejado para possibilitar responder aos objetivos propostos no estudo. Para validação do roteiro de entrevista, foi realizado um teste piloto em ambiente à parte ao da coleta de dados com cinco pacientes oncológicos; estes pacientes também haviam recebido o diagnóstico em uma janela de tempo semelhante a pensada para este estudo. As contribuições destes foram objeto de alterações no roteiro inicial pois com a análise das respostas do teste piloto pode-se repensar em questões pertinentes e que ainda estavam sendo abordadas.

3.7 Procedimento de Análise dos Dados

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas. A partir da técnica Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004) foram criadas as categorias iniciais e, posteriormente, as intermediárias e finais. Desta análise emergiram quatro categorias que reuniram elementos

importantes à compreensão do objeto de estudo: (a) Sintoma; (b) Estratégias; (c) Ambiente e Relações; (d) Diagnóstico.

Por fim, as transcrições também foram submetidas ao Software alemão MAXQDA12 para análise quantitativa dos dados qualitativos. Este é um software profissional para análise de dados qualitativos e métodos mistos de pesquisa. O software permite elencar níveis e categorias, atuando como um organizador de ideias. Reconhecido pela comunidade científica internacional, está disponível para uso em sistemas operacionais como Windows e Mac OS X¹¹.

3.8 Procedimentos Éticos

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil, conforme preconiza a Resolução CNS 466/12. Por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (ANEXO 01) os participantes foram informados de modo formal e documental das condições de sua participação na pesquisa. O estudo recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP, da Universidade do Planalto Catarinense–UNIPLAC que foi registrada sob no Parecer 1.914.036, de 09 de fevereiro de 2017. No processo de realização deste estudo registra-se que não houve conflitos de interesse, pois a pesquisadora é independente das pessoas e instituições envolvidas na pesquisa.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir são apresentados os dados e informações extraídos das entrevistas realizadas.

4.1 Características sociodemográficas dos participantes

Atendendo ao que foi definido no método que orientou a busca de resultados, metade dos participantes era do sexo masculino (17) e metade era do sexo feminino (17). A Tabela 02, a seguir, possibilita visualizar as principais características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 02. Distribuição quantitativa dos participantes, por sexo, segundo faixa etária, estado civil e escolaridade.

VARIÁVEL	HOMENS	MULHERES	TOTAL
			L
SEXO	17	17	34
FAIXA ETÁRIA			
18/25 anos	-	-	-
26/35 anos	01	-	01
36/45 anos	05	03	08
46/55 anos	02	02	04
Acima 55 anos	09	12	21
ESTADO CIVIL			
Solteiro	01	-	01
Casado	12	13	25
Viúvo	01	-	01
Amasiado	02	04	06
Divorciado/separado	01	-	01
ESCOLARIDADE			
Ensino Fundamental	10	09	19
Ensino Médio	03	02	05

Ensino Técnico	01	-	01
Ensino Superior	01	02	03
Pós-Graduação	02	04	06

Observa-se na Tabela 02 que a maioria dos participantes (21) se encontra na faixa etária acima de 56 anos. Isso vai ao encontro com o que aponta o Instituto Nacional do Câncer (INCA), onde buscando explicar sobre a causa do câncer aponta o envelhecimento como fator de risco, uma vez que o fator envelhecimento acarreta mudanças nas células, o que por sua vez amplia a suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas com mais idade terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer (no sentido cumulativo), explica em parte o porquê de o câncer ser mais frequente nesses indivíduos. Assim, entende-se que o câncer é uma doença que acomete um maior número de pessoas na faixa etária superior a 55 anos conforme aponta este estudo.

No que diz respeito ao estado civil, observa-se que a maioria (25) dos participantes é de casados(as). Quanto à escolaridade, prevaleceu entre esses o ensino fundamental (19). É interessante observar que a maioria das mulheres se encontra em faixa superior de escolaridade se comparada aos homens, onde seis revelaram ter formação superior e dentre elas, há quatro pós-graduadas. Dentre os homens três cursaram ensino superior e dentre eles dois têm pós-graduação. Cabe destacar também que dentre todos, um homem disse ter realizado curso técnico. Mais homens cursaram ensino médio e fundamental (13) do que mulheres (12).

4.2 Análise das Categorias

A partir da análise de conteúdo de Bardin (2004) foram criadas as categorias iniciais e, posteriormente, as intermediárias e finais.

A atenção aos procedimentos determinados por essa metodologia possibilitou a compilação de quatro grandes categorias finais, sendo elas: sintoma; diagnostico; ambientes e relações; estratégia de enfrentamento; Tais categorias são apresentadas e discutidas a seguir.

Os entrevistados foram caracterizados como M (mulheres) e H (homens). Cada um deles representou um número entre 01 e 17 por esta razão, a seguir, acompanham as

falas a letra que indica o gênero do participante e seu respectivo número relativo ao total de 17 homens e 17 mulheres.

4.2.1 Categoria Sintoma

A Categoria Sintoma resultou das manifestações dos participantes a respeito da presença ou ocorrência de algo em seu corpo que lhe era estranho e das consequências disso. Alguns participantes, naquele momento, não necessariamente associaram o fato a um sintoma. As falas a seguir exemplificam esse entendimento:

M1: eu tive um sangramento muito forte, né? E aí eu fui procurar recurso porque não parava, [...]fui no médico, [...] daí foi onde apareceu que era câncer mesmo, um câncer maligno, aqueles muito rápido, o galopante como ele disse, só que ainda bem que foi pego no início, essa que foi a minha sorte. [...]em nenhum momento eu senti dor....

M5: Parece que era um berne [sic] coçava, coçava bastante e daí a gente procurou um médico, aí fizeram foto mandaram pra Florianópolis que daí tava (sic) crescendo, e tinha uma mancha preta também, [...] mas não tinha dor nenhuma.

Pode-se constatar que, em alguns casos, a percepção de algo fora da normalidade ou o estranhamento com o que ocorria não foi identificado ou relacionado pelo participante como algo ameaçador à sua saúde. A ausência de dor nos relatos de M1e M5 parece ser um aspecto que contribuiu para relativizar a preocupação e a insegurança.

De modo contrário, outros participantes, como M2 e M3 associaram o que constatavam de diferente em seu corpo a um sintoma.

M2: ... todo ano eu fazia mamografia, e ano passado, depois que a minha mamografia veio, vi meu resultado, estava tudo ótimo. [...] Um dia eu percebi que eu tinha um nódulo, [...] Aí eu fui ao médico [...] Daí ele fez outra ultrassonografia e disse que não era nada. Esse ano repeti a mamografia e ele ainda falou que não era nada, mas o nódulo tava ali, e eu fiquei com medo. [...]Fui no Dr. L., porque eu queria uma segunda opinião, ele fez uma biópsia e deu que era maligno. O médico que fez disse que não, mas o Dr. L., que é especialista, que é o mastologista, disse que na mamografia dava para ver muito bem já o problema. O médico que não soube fazer o diagnóstico.

M3: Eu senti um carocinho embaixo do braço, até subestimei porque eu...tava mexendo [...]achei que fosse um gânglio, pelo esforço, daí em seguida, acho que uns dois meses depois eu tinha médico ginecologista e eu falei pra ele, daí ele apalpou, né? E mandou ir pro mastologista, daí de início ele disse que era pra observar...daí eu senti que tava começando a crescer aquele carocinho [...] e começou a me incomodar porque eu mexia nele e sentia que ele tava crescendo daí voltei no ginecologista, ele me encaminhou de novo pro mastologista e daí ele resolveu fazer uma biópsia... a primeira vez o

mastologista não pediu biópsia, porque era bem pequenininho, era uma glândula, eu também achei que fosse, ambos achamos que era uma glândula pelo esforço que eu fiz, mas daí como cresceu, ele mandou fazer uma biópsia [...] e daí, o dia, que eu fui trabalhar, sete horas da manhã, ele tava na porta do meu trabalho me esperando com envelope... ele disse eu quero entrar pra conversar contigo, [...] eu disse: pode me falar, pode me confirmar, que eu já sei o que que é...é maligno, né? Ele disse: é.

Ainda, é possível observar nas falas de outros participantes, como H2, H16 e M10, o quanto não estava claro a eles que mesmo algum pequeno sinal de alteração em seu organismo poderia tratar-se de um ‘sintoma’ já relacionado com o aparecimento do câncer.

H2: - (Sobre sintoma) Na verdade não, meu tipo de tumor é tumor de reto, né? E sintomas, nunca tive, nunca tiver dor nada, mas tinha um incomodo quando ia no banheiro e as fezes vinham com sangue.

H16: - Senti nada; o que me intriga é que não senti dor alguma, assim dizer que...e só vim pro médico porque levantei assim...tonto...tontura e fraqueza só...

M10: - (Sobre sintoma) Não, não, eu senti foi assim, foi uma coceirinha, no seio né? Daí eu tinha escutado no Bem-Estar (programa de televisão) que tem pessoas que antes de aparecer esses nódulos às vezes coça, né? Daí eu disse: Meu Deus, será que vai me sair aquela porcaria? Não senti mais nada, e daí por causa da coceirinha, eu já tava no tempo de fazer a mamografia, né? Foi onde eu vi...

É possível observar em suas falas que negam o ‘sintoma’, mas expressam que houve: *“incômodo quando ia ao banheiro e fezes com sangue” (H2)*, *“tonto, tontura e fraqueza só” (H16)*, *“coceirinha” (M10)* (sintomas). Parece que mesmo diante do tratamento, os entrevistados ainda não reconhecem que estas sensações estranhas ou alterações físicas tratavam-se de manifestações da doença; talvez isso seja explicado pelo fato de não se sentirem adoecidos.

Neste mesmo viés, por meio da fala de M6, transcrita a seguir, depreende-se a utilização de uma estratégia de enfrentamento, a negação da doença, uma vez que relatou ao médico que não notou o crescimento do ‘sintoma’, quando na verdade tinha conhecimento disso.

M6: [...] Quando eu consultei, ele pediu porque eu tinha ido, falei do carocinho e tal, tal, né? Daí eu perguntei pra ele, o que ele achou do meu caroço, né? daí ele disse assim: eu fiquei menos preocupado quando você disse que achava que não tinha crescido” Mas eu sabia que ele tinha crescido... Daí ele disse pra fazer uma biópsia, fez na hora.

É possível verificar certa proximidade deste achado com os resultados de um estudo destinado a examinar as relações entre percepção de doença dos pacientes com câncer e sua capacidade de enfrentamento da doença. O estudo foi realizado por Hopman e Rijken (2015), na Holanda, junto a 325 pacientes com câncer. Os autores asseveram que o uso de certas estratégias de enfrentamento depende em grande parte de como os pacientes percebem sua doença. Estratégias mais passivas, como negação, preocupação ansiosa e desamparo/desesperança estão mais relacionadas à cronicidade percebida da doença. Por oposto, M9 relatou notar um nódulo em seu seio durante a gestação, quadro que foi se agravando com o tempo e que a fez insistir em uma biópsia. Ela relatou que sempre soube se tratar de um tumor maligno, uma vez que buscou confirmação junto a três médicos. Ou seja, a entrevistada teve o entendimento de que se tratava de algo ameaçador a sua saúde a partir do momento em que identificou um “caroço”, neste caso, o sintoma inicial.

M9: [...] Eu engravidei do meu filho.... Na gravidez, quando eu tava de oito meses, eu identifiquei um nódulo na mama direita [...] fui pro meu obstetra, ele disse que não conseguia identificar o que que seria, mas que provavelmente era um ducto de leite que inflamou, uma mastite. Quando eu ganhei o V. eu retornei ao mastologista dentro do hospital e o mastologista identificou uma mastite inflamatória, não via o tumor, ninguém enxergava o tumor. A partir dali eu comecei fazer uma ultrassom todo mês. O primeiro diagnóstico tinha sido uma mastite, [...] eu retornei ao médico com uma inflamação bem grande, tentei amamentar não consegui, [...] ai fui no hospital e pedi pro radiologista fazer uma biópsia, ele disse que não era necessário porque ela era uma mastite, eu insisti pra ele fazer..., 30 dias depois veio que era um carcinoma ductal invasivo, um câncer. [...] mas o meu diagnóstico foi tardio, e..eu...desde o primeiro dia que eu identifiquei o caroço, eu sabia que era um câncer, quando eu pedi para fazer a biópsia eu tinha certeza que era, porque eu li sobre isso, e ele tinha todas as características, porém ele estava atrás de uma mastite inflamatória...existia a mastite por conta da lactação, e eu fui em três médicos e os três me disseram que não era nada...

A busca insistente por ajuda, neste caso representa uma estratégia de enfrentar a adversidade. A este respeito Whitaker et al. (2015) realizaram um estudo com o objetivo de compreender a tomada de decisão de busca de ajuda de pessoas com sintomas de câncer. Para tanto, realizaram entrevistas junto a 48 participantes adultos com idade ≥ 50 anos, no Reino Unido. Os autores concluem que a tomada de decisão sobre sintomas de alarme de câncer sempre é complexa. Todavia, o reconhecimento do risco de câncer motiva a busca de ajuda numa proporção maior do que a paralisia pelo medo do câncer.

Ainda em relação ao sintoma, quando os participantes foram questionados sobre qual período consideraram mais difícil, se o sintoma ou se o diagnóstico, emergiram as seguintes falas:

M15: Eu acho que foram os sintomas... quando eu recebi... assim... eu... fiquei... como é que eu posso dizer? Não me desesperei.

H14: Olha, na verdade ...câncer não me assustou tanto... porque eu passei mal, muito mal (sintoma), porque deu isso era 11h30 e quando era 13h eu ainda tava sentindo... Na verdade, o câncer... como eu vou te explicar, quando eu comecei a fazer biópsia essas coisas assim... eu já me preparei, porque daí não seria uma paulada [sic] o médico dizer: você tá com câncer, né? Me preparei sim, para dizer pra ele que ia tratar...

Para M15 e H14, passar pelo período de identificação do sintoma foi considerado um período delicado. Por meio de suas falas observa-se que nem sempre os pacientes consideram o diagnóstico como o período mais difícil no processo de adoecimento. Para alguns, o contato com o diagnóstico vem acompanhado da esperança vinculada ao tratamento determinado pelo médico. A este respeito, Hopman e Rijken (2015) em razão dos resultados de sua pesquisa, relatam que a percepção de pacientes sobre a cronicidade do câncer variam, mas eles acreditam fortemente que o tratamento do câncer seja efetivo. Todavia, a identificação do sintoma é um acontecimento que naturalmente suscitam dúvidas e incertezas – fato que considerado potencialmente ameaçador.

Assim, as manifestações dos participantes compiladas na Categoria Sintoma possibilitam perceber que algumas pessoas (M1, M5, H16) relacionam o sintoma a algo relativamente negativo, como por exemplo a dor, pouco ou não considerando alterações em seu corpo e saúde. Tal entendimento vai ao encontro de Lione (2008), quando refere que a dor oncológica é um dos aspectos mais temidos pelas pessoas, não raro descrita por estes como uma sensação insuportável. Para a autora, muitos pacientes verbalizam significativamente o medo de vir a sentir dor quando recebem o diagnóstico.

Arantes (2008) corrobora este entendimento ao referir que a dor no episódio câncer é um dos sintomas que mais ocorrem. A autora relata a estimativa de que 10% a 15% dos pacientes acometidos pela doença apresentam dor de intensidade significativa já no momento do diagnóstico da doença, ainda que em estágio inicial. Arantes (2008) ainda relaciona a dor com aspectos emocionais e refere que o sofrimento dos pacientes é resultado da vivência da dor em conjunto com a incapacidade física, isolamento familiar e da sociedade, preocupações financeiras e medos, como da mutilação e da morte. Destaca ainda, que a cada dia nove milhões de pessoas no mundo sentem dor relacionada ao câncer. Por fim, pode-se depreender que para muitas pessoas a dor ainda é considerada como parte do processo de adoecer, o que talvez explique as manifestações dos entrevistados.

Observa-se que alguns participantes (M2, M3) procuraram ajuda médica logo na identificação do primeiro sinal ('sintoma'). Para outros, apesar disso, o diagnóstico final

diferiu do inicial, o que trouxe implicitamente certa angústia pelo tempo transcorrido sem que o câncer tivesse sido identificado e o tratamento iniciado.

Foi possível perceber ainda, que alguns entrevistados (M2, M3, M9), mesmo diante da não identificação do câncer pelo médico prestador da assistência, seguiram em busca de novos exames e outra opinião médica até que encontrassem o diagnóstico que intuitivamente já conheciam. Silva (2001) identifica esse comportamento como oposto, uma vez que o paciente, ao invés de negar, aponta seu próprio diagnóstico.

Alguns entrevistados (M15, H14) consideram que a vivência do sintoma representou um período mais difícil que a vivência do diagnóstico, pois embora este seja em algum grau pesaroso, traz consigo a possibilidade de tratamento e a esperança de cura. Silva (2001) relata que quando o paciente começa a sentir pela primeira vez o sintoma de uma doença que pode resultar em um diagnóstico como o câncer, sua trajetória de vida comumente toma um de dois rumos possíveis: o primeiro o leva a procurar um médico imediatamente para que possa avaliar e determinar o início do tratamento de sua doença.

Ou, então, o outro caminho, que o leva a pensar que pode ser uma neoplasia e em razão do temor passam a postergar a busca por assistência médica. Exemplo disso encontra-se na fala da participante M3 que disse subestimar seu nódulo e com isso esperou mais dois meses para ir à consulta; também, de H2 que relatou não ter sintoma, nunca ter sentido nada, mas que sentia um incomodo ao ir ao banheiro e perceber que as fezes vinham com sangue; ou ainda, de H1 que após ele mesmo avaliar seu exame de sangue tomou a decisão que não precisaria retornar ao médico com certa urgência; e, por fim, de H3 que já havia passado por problema semelhante no passado e mesmo assim evitou buscar o diagnóstico por acreditar não ser um bom momento para receber a notícia.

Alguns participantes, como M1, M2, M5, M6, M9 e M10, compreenderam os sinais que seu corpo manifestava e buscaram ajuda especializada. Outros, como M3 e H2, negaram por algum tempo, ou não identificaram o sintoma, talvez por receio de entrar em contato com a doença e o sofrimento que a acompanha.

Sob tais perspectivas é pertinente considerar que apesar dos avanços na medicina e tecnologias à serviço do câncer, este ainda carrega em si estigmas, e negar representa uma forma de enfrentar, como refere Küber- Röss (2017). Esta autora, por meio de suas pesquisas confirma que a negação, ou pelo menos a negação de parte do processo, é utilizada por quase todos os pacientes, seja nos primeiros estágios da doença ou logo após a constatação. A autora ainda explica que os pacientes podem ignorar parcialmente a possibilidade da própria morte durante algum período de tempo, mas precisam afastar tal

pensamento para poder lutar pela vida. Portanto, Küber- Röss (2017) defende que este fato não representa algo necessariamente negativo em razão de estar relacionado a uma situação dolorosa e desagradável.

O relato de H1 e H3 possibilita constatar o entendimento de Küber- Röss (2017):

H1: [...] Então eu fiz os exames de sangue, eu olhei pelos valores de referência vi que ele tava normal, né? Que não tinha nada além disso...e aí pra marcar um retorno com o médico eu demorei, eu ignorei um pouco, porque eu não tava mais sentindo nada, não tava sentindo nada, e o exame dizendo que tava ok, então eu demorei pra realmente dar um retorno e ir lá mostrar os exames pro médico, né?

H3: [...] Não era a primeira vez que tinha...eu...já tive uma vez...intestino grosso não tenho mais...já calculava mais ou menos o que que era, daí se mexesse na hora ia dar problema então deixa ver até a hora que der, né? Mas como diz o outro, eu vacilei, né? Podia ter ido não ter agora esse problema...mas quando a gente tenta...evitar, mas...evita o problema na hora, mas depois as consequências são maiores que...mais problema que a gente pensa...

A esse respeito, confirmando os achados da pesquisa, Machado, Soares e Oliveira (2017), em um estudo de abordagem qualitativa junto a 18 mulheres mastectomizadas encontraram que, mesmo anterior ao diagnóstico, um estado de negação do câncer se faz acompanhar de muitos e distintos sentimentos. Para as autoras, disto resulta a possibilidade de que tais sentimentos sejam positivos e, neste caso, poderão reforçar as chances de recuperação e bem-estar; ou, de modo oposto, que sejam negativos e, deste modo, representam fonte de sofrimento e estresse.

Logo, pode-se perceber que alguns pacientes costumam buscar ajuda ao primeiro sinal, enquanto outros negam quaisquer fatores que o façam ter contato com uma doença grave como o câncer. Ainda existem aqueles que mesmo com a liberação do médico não se sentem tranquilos o suficiente e buscam novas opiniões, bem como insistem em novos exames até que, como no caso de alguns entrevistados, o diagnóstico venha mais tarde a se confirmar.

4.2.2 Categoria Diagnóstico: sentimentos, sensações, reações e mudanças

Com relação à Categoria Diagnóstico os pacientes foram questionados como se sentiram no momento da confirmação do diagnóstico de câncer e se ocorreram transformações/mudanças em suas vidas ou na sua maneira de perceber o mundo em decorrência da doença.

Algumas manifestações dos participantes são destacadas:

M1: Quando o médico falou é câncer, foi um choque muito grande... M2: Fiquei sem chão.

M5: Acho que não consigo te dizer...

M8: Meu Deus, eu senti assim, um calor no meu rosto inteiro, eu senti que o chão abriu, sabe? eu fiquei ali disfarçando que eu não tinha sentido aquilo, mas olhe, porque meu filho tava junto comigo, meu marido e minha nora e daí eu não queria que me vissem assim, que eu tava tão apavorada, mas foi um pavor ali, foi um medo, foi um medo de morrer que eu fiquei... [...]Desde que eu recebi o diagnóstico de câncer, primeiro momento foi de que a morte tinha chegado, que morte tinha chegado e que tudo tinha acabado”.

H 2: Olha, eu não... é... resumindo em poucas palavras...que era meu fim, que eu morri, era como se tudo tivesse acabado...

H3: Não... olha, nessa parte aí...passa tanta coisa pela cabeça que a difícil lembrar o que...” H6: Essa foi a pior notícia, foi a bomba, né?

H7: A única coisa que fiz foi chorar e ficar triste. Dá aquele baque na gente, né? A gente não sabe nem o que pensar, dá um...ruim...Na realidade, meu pé saiu do chão, parece que tava flutuando...

H11: [...] Eu senti que eu tava condenado a morte, né? É isso que a gente na hora... a gente não sabe quanto tempo, mas da aquele choque...

H13: Eu apaguei, desmaiei, quando eu fui, fui sozinho, disse que não precisava ela entrar (esposa) sou forte, e quando ele disse...

Depreende-se destas e de outras manifestações dos participantes que no momento em que tiveram o diagnóstico confirmado para câncer a notícia gerou surpresa e foi causadora de grande impacto. Todavia é interessante observar que todos já tinham o contato/identificação do sintoma, e isto poderia lhes fornecer indícios de certa probabilidade de confirmação; nestes termos, a notícia não deveria causar tamanha surpresa, como a que foi relatada anteriormente. O que pode explicar esse fato, de acordo com Küber- Röss (2017), é que na perspectiva psiquiátrica é comum repelimos a morte, e neste sentido uma doença como o câncer muitas vezes está associada ao temor da morte.

A autora salienta que na dimensão do inconsciente a morte nunca é possível quando se trata da própria pessoa. É impossível para o inconsciente considerar a possibilidade de uma morte se não ocorrer a partir de um fator externo medonho, uma intervenção maligna, que esteja fora de alcance, como por exemplo, esta doença. Ou seja, para o inconsciente a morte é possível, todavia, é inconcebível morrer de causa natural ou idade avançada ficando a morte então associada a uma má ação, um acontecimento ruim. É possível assim, que este fato explique a extensão do choque relatado pelos participantes quando da confirmação de seus diagnósticos. Explicita que a morte ainda se constitui como um acontecimento terrível, pavoroso, um medo universal, e a negação como um para-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo e utilizando de medidas menos radicais, o que vai de encontro aos relatos colhidos (KÜBLER -ROSS, 2017). Os participantes H2, H11 e M8 relataram ainda que no

momento do diagnóstico sentiram que suas vidas estavam por se acabar, como se no lugar da notícia do diagnóstico da doença a sensação da morte estivesse muito próxima, como foi possível perceber em seus relatos. Esse achado é consoante aos estudos de Röss (2017), pois esta encontrou que a maior parte dos mais de duzentos pacientes moribundos por ela entrevistados reagiu com frases de negação ao saber de suas doenças, independente da fase desta (fase inicial da doença ou terminal). Para ela, a negação, ou pelo menos a negação parcial é usada por quase todos os pacientes, tanto nos estágios de constatação da doença quanto numa fase posterior.

Os participantes foram estimulados a falar sobre o que sentiram quando da confirmação do diagnóstico e como reagiram. As reações investigadas foram definidas pelas pesquisadoras pelo fato de constituírem reações comuns à pessoas em situação de estresse (OMS, 2004).

Os participantes poderiam referir a mais de uma possibilidade. A Tabela 03, a seguir, possibilita observar o quantitativo das respostas dadas por eles.

Tabela 03. Distribuição entre homens e mulheres do quantitativo de reações expressas pelos participantes quando da confirmação do diagnóstico de câncer.

REAÇÕES	HOMENS	MULHERES	QUANTIDADE TOTAL	PERCENTUAL RELATIVO
Alteração de apetite	11	13	24	8,8
Alteração do sono	13	11	24	8,8
Tristeza	11	11	22	8,1
Incapacidade de relaxar	11	9	20	7,4
Decréscimo do rendimento no trabalho	9	11	20	7,4
Isolamento	11	7	18	6,6
Alteração na libido	8	10	18	6,6
Dificuldade de concentração	8	10	18	6,

				6
Choro	7	10	17	6, 2
Agitação	9	6	15	5, 5
Cansaço	6	8	14	5, 1
Apatia	10	4	14	5, 1
Irritação	7	7	14	5, 1
Riso	4	6	10	3, 7
Agressividade	6	3	9	3, 3
Cinismo	3	3	6	2, 2
Hostilidade	3	1	4	1, 5
Fumar demais	0	2	2	0, 7
Nenhuma delas	0	1	1	0, 4
TOTAL			27 0	10 0

A Tabela 03 possibilita constatar que as principais reações relatadas entre todos participantes quando da confirmação do diagnóstico foram: alteração no apetite (24), alteração no sono (24), tristeza (22), incapacidade de relaxar (20), decréscimo no rendimento do trabalho (20), isolamento (18), alteração na libido (18), dificuldade de concentração (18), choro (17), agitação (15), cansaço (14), apatia (14). Uma única pessoa disse não se identificar com nenhuma das reações apontadas.

Ao se analisar as diferenças entre os gêneros dos participantes encontra-se que os sentimentos mais experienciados foram (a) pelos homens: alteração no sono (13), tristeza (11), isolamento (11), incapacidade de relaxar (11), alteração no apetite (11) e apatia (10); (b) pelas mulheres: alteração no apetite (13), tristeza (11), decréscimo no rendimento do trabalho (11), alteração da libido (10), alteração do sono (11), dificuldade de concentração (10) e choro (10). Uma das mulheres expressou ainda não ter contato com nenhum dos sentimentos investigados. É interessante ressaltar que entre todos os participantes o sentimento de tristeza (11), cinismo (3) e irritação (7) entre homens e mulheres se equiparam. Além disso, o sentimento de apatia prevaleceu mais entre homens (10), do que entre mulheres (4), bem como o sentimento de agressividade que foi citado duas vezes mais pelos homens (6) do que pelas mulheres (3).

Os homens também relataram chorar menos (7) e se isolar mais (11), enquanto as mulheres fizeram o movimento contrário, choraram mais (10) e talvez em decorrência disso se isolaram menos (7). Apesar destas diferenças nas reações Louro (1997), já dizia que não são propriamente as características sexuais que determinam o gênero, e sim a forma como estas características vêm a ser representadas ou até mesmo valorizadas. A autora afirma ainda, que o que é dito ou pensado sobre estas características é que vai formular efetivamente o que é masculino ou feminino, levando em consideração a sociedade e o momento histórico em que se vive.

Tais resultados encontram alguma consonância com um artigo de Rabasquinho e Pereira (2007) que trata da questão de gênero e saúde mental como uma abordagem epidemiológica. Os autores revelam que as mulheres têm mais perturbação de humor (72,9%) que os homens (27,1%). O estudo encontrou ainda que as mulheres (73,5%) apresentam uma taxa maior de problemas de vida do que os homens (26,5%), reiterando que estes causam mal-estar psicológico.

Os dados contidos na Tabela 3 demonstram a disparidade de reações entre os gêneros, o que pode indicar que mulheres e homens tem reações distintas para situações semelhantes, como por exemplo, as reações de choro e isolamento. De outro modo, tristeza

(11), cinismo (3) e irritação (7) entre homens e mulheres se equiparam.

Outros aspectos investigados junto aos participantes foram as sensações e sentimentos vivenciados a partir da confirmação do diagnóstico. Os sentimentos/sensações negativos investigados foram definidos pelas pesquisadoras pelo fato de constituírem relação de sentimentos comuns à pessoas em situação de estresse (OMS, 2004). Os positivos foram incluídos a partir dos relatos oriundos do teste piloto. Os participantes poderiam responder a mais de uma possibilidade.

Neste viés, é possível observar na Tabela 04, a seguir, que os sentimentos e sensações vivenciados no período entre o sintoma e o diagnóstico e quando da confirmação deste foram: esperança (33), calma (26), ansiedade (25), impaciência (14), sentimento de impotência (14), frustração (13), sentimento de solidão (12), alienação (10), distanciamento afetivo de colegas amigos e familiares (10).

Tabela 04. Distribuição entre homens e mulheres do quantitativo de sentimentos e sensações expressas pelos participantes quando da confirmação do diagnóstico de câncer.

SENTIMENTOS E SENSAÇÕES	HOMENS	MULHERES	QUANTIDADE TOTAL	PERCENTUAL RELATIVO
Esperança	17	16	33	15,3
Tranquilidade	14	12	26	12,2
Calma	14	12	26	12,2
Ansiedade	13	12	25	11,6
Impaciência	9	5	14	6,5
Sentimento de impotência	7	7	14	6,5
Frustração	8	5	13	6,1
Sentimento de solidão	6	6	12	5,6
Alienação	6	4	10	4,7
Distanciamento afetivo de colegas, amigos e familiares	4	6	10	4,7
Ímpetos de abandonar tudo	3	6	09	4,2
Depressão	3	5	08	3,5

Insatisfação com tudo	3	4	07	3,2
Raiva	4	3	07	3,2
Medo	1	0	01	0,5
TOTAL			215	100%

Depreende-se que tanto os participantes homens, quanto as participantes mulheres sentiram-se igualmente sozinhos/impotentes - experienciaram os sentimentos de solidão e impotência entre o sintoma e o diagnóstico. Além destes sentimentos, um dos entrevistados do sexo masculino - H1 ainda acrescentou ter sentido muito medo. Todos os homens (17) relataram se sentir esperançosos neste período; uma das participantes mulheres informou que neste período não sentia esperança. Interessante observar também que esperança, calma e tranquilidade, os únicos aspectos positivos dentre o total de 15 apresentados, representaram cerca de 40% de todas as manifestações.

Consoante a isso, o estudo de Mendonça *et al* (2017), buscou esclarecer quais os fatores psicológicos estão presentes no adoecimento e tratamento do câncer bem como verificar quais os sentimentos vivenciados nesse período pelo paciente. Os autores concluíram que cada paciente reage de maneira singular, tanto no período da descoberta da doença quanto da reabilitação, ficando evidente que todos ficam a seu modo fragilizados e neste sentido há os que se utilizem de processo de negação, de esperança ou de religiosidade para vencer a doença.

Também houve relatos de preocupação com os familiares na consulta relativa ao diagnóstico e de cuidado com o que os acompanhantes estavam sentindo naquele momento (M8, H8, H13). Ou seja, mesmo diante da possibilidade de uma difícil notícia, se colocaram em segundo plano na tentativa de evitar o sofrimento do familiar. Este resultado é dissonante aos encontrados por Silva (2005), pois a autora relata que os pacientes por ela pesquisados afirmaram sentir a necessidade de um familiar junto a si naquele momento; destacaram ainda que estar sozinho ao receber a confirmação do diagnóstico é deveras angustiante. Virost (2010), a este respeito, traz contribuições valiosas quando explana que um dos mistérios da natureza humana é o fato do homem estando despreparado possa receber um golpe como este e continuar vivendo. A autora relata que a mente tem uma sensação vaga de uma perda de tamanho gigantesco, e que nada além disso se poderia dizer. Prossegue afirmando que no caso de uma doença fatal como o câncer poder vir a ser, o choque de maior proporção se dá nos termos da introjeção

do diagnóstico.

Ainda com relação ao momento da confirmação do diagnóstico e sobre como se sentiram, alguns participantes (H11, H5, M10, M11) informaram ser este o momento mais crítico o desvelar sentimentos negativos, medo, choque, apreensão e mutilação. Outros ainda (H11, H5) estabeleceram relação direta entre o diagnóstico e a iminente morte:

H 11: É... mais difícil foi quando ele falou: é um tumor e é maligno. Ele falou na minha cara assim, né? É a parte que mais choca a gente, né? Mas se tiver que partir a gente parte, fazer o quê?

H5: Só que a gente fica muito apreensivo, porque morro hoje, morro amanhã ou morro daqui um ano, tem os curáveis e tem os incuráveis.

M10: Depois do diagnóstico, porque eu não levei em consideração aquela coceirinha porque daí ela passou, né? (pausa). E eu em hora nenhuma pus na minha cabeça que era doença ruim, toda vida eu dizia: eu não tenho isso, eu não tenho isso.

M11: Foi quando o médico falou, ele falou pra mim: você vai ter que tirar a mama. Isso pra mim, foi...nossa...uma coisa que a gente jamais espera que vai ouvir isso, aí vai ter que tirar uma mama... aí eu pensei, não, vou ficar mutilada, vou ficar...como é que meu marido vai olhar pra mim...fiquei assim...mil e uma coisas passaram pela cabeça....acho que esse foi o pior momento”.

Assim, é possível perceber através das falas dos participantes que foram frequentes os sentimentos negativos que acompanharam a notícia do diagnóstico, o que de certa forma exige dos pacientes alguma estratégia para enfrentar a doença.

Já está firmado em literatura que uma das formas mais comuns de enfrentamento de doenças graves é a negação. Via de regra, como expressaram Machado et al. (2017) em seu estudo com mulheres em tratamento de câncer de mama, muitos são os sentimentos que assolam as mulheres, até mesmo antes do diagnóstico da doença. Estes sentimentos em geral podem ser favoráveis - possibilidade de recuperação da doença e de bem-estar, ou desfavoráveis, configurando-se como fonte geradora de estresse. A negação é utilizada como um mecanismo de defesa utilizado pelo ego na tentativa de manter sua estabilidade por meio do afastamento daquilo que pode representar ameaça e perigo (RAMOS et al., 2012; TAHA et al., 2012).

Nas falas de alguns participantes (M5, M6, H4, H7) observa-se tanto a negação, quanto uma maneira adaptativa (*coping* positivo) diante do diagnóstico de câncer, na medida em que, acionando sua capacidade resiliente, revelam não deixar por ele se abater. Determinar se o conteúdo da fala representa negação ou adaptação é algo que se reveste da

necessidade de zelo, cuidado e maior aprofundamento, dada a complexidade envolvida. A sustentar este entendimento encontra-se em Hartmann et al. (2007) que a análise da mudança no contexto de uma doença crônica, seja ela positiva, negativa ou ausente, parece ser uma maneira possível ou até mesmo complementar para entender os mecanismos adaptação ao câncer. Transcreve-se a seguir exemplos e manifestações do aqui exposto:

M5: ... eu não me apavorei, porque eu pensei, seja o que Deus quiser, eu vou ter que enfrentar, né? Seja o que for, eu vou ter que me preparar e tocar pra frente...Eu acho que a parte mais difícil pra mim era contar pros outros, sabe? Pra família, na escola...

M6: Eu acho assim ... que... que...ele...ele (o médico) tava assim tão tranquilo, né? Tão... ele só disse: M. O., é sério e nós vamos ter que operar. Eu...eu...acho que minha reação foi normal assim, eu só disse que, então tá doutor, então vamo (sic) operar.

M7: Não, não me assustei nada, não, não, não. [...] Normal, como nós, saiu conversando assim. Bem normal. Aceitei numa boa.

H4: “Olha, na verdade, eu vou falar uma verdade pra ti, eu não me preocupei com nada, porque quando o médico disse que é, disse que vamo (sic) tratar, eu disse vamo, vamo (sic) opera, eu disse vamo (sic), eu não me preocupei na verdade...

Com relação as transformações que ocorreram em suas vidas e seus ambientes (de trabalho, social e familiar) a partir do diagnóstico, 24 participantes relataram alterações em pelo menos alguma destas esferas e 10 disseram não observar transformações.

Algumas destas mudanças estão associadas ao seu modo de pensar e agir, mudanças em seu corpo/estado físico e emocional, bem como mudanças em suas rotinas:

H1: a vida social muda bastante porque os valores da sociedade são outros, sabe? Não sei se eu posso dizer...não sei se posso usar a palavra excluído, mas a...a...visão que a gente acaba tendo pós tratamento de doença, é diferente da vida que a gente tem em sociedade, e com isso a gente acaba ficando mais afastado da sociedade...

H5: Mudou tudo, fiquei 2 meses de sonda, praticamente, de janeiro pra cá, não fiz nada, tô como diz, não inválido, mas tem dificuldade em algumas coisas.

H6: A gente muda os pensamentos, com a própria família, com amigos, trabalho no geral, muda completamente, se arrepende do que fez, se arrepende do que não fez e...começa a pensar o pior, né?

H9: Mudou por exemplo, principalmente na parte sexual, porque eu tive que fazer a retirada da próstata...

H11: Eu tenho um pouco mais de paciência com as coisas, né? Agora a

gente fica mais...sei lá, mais calmo...parece que a gente tem mais paciência com a família, com os netos...

M1: A gente começa a dar valor às coisas importantes, as coisas que realmente são importantes pra gente, porque naquele momento ali a gente pensa em tudo, menos que vai viver, né? A gente só pensar que vai morrer, que vai ficar numa cama de hospital...que vai definhando é isso que a gente pensa, então a gente começa a dar valor as coisas que realmente tem valor...

M 9: [...] quimioterapia, dor, cansaço, fraqueza, vomito, cabelo, sem cabelo...e ontem ele (filho) disse pra mim que ele ia rezar pra que Deus me desse um peito... [...]o doutor R. disse que nem todo mundo muda e quando muda, depois volta a ser o que é, mas eu no meu caso, acredito que foi uma transformação...eu pensava que eu tinha sido castigada, como que uma mãe grávida tem um câncer e um filho? Porque eu gerei um filho e gerei um câncer, eu pensava: que castigo, que eu fiz? Hoje eu penso, eu merecia, porque foi um dádiva de Deus eu ter ficado doente, porque talvez eu não tivesse olhado a vida, chegasse perto da morte aos 60 anos e não tivesse vivido, tivesse vivido sem sentido, porque eu vivi o que eu achava que era certo, né? Trabalho, trabalho, trabalho...o trabalho gera dinheiro, o dinheiro gerava consumo e o consumo gerava mais trabalho e assim por diante...pra muitos pode ser hipocrisia, agora que ficou doente resolveu mudar de vida? Sim, agora que eu fiquei doente resolvi mudar de vida, que bom que eu penso assim...

M11: Ah muda, muda completamente a vida da gente, em primeiro lugar assim ó, por causa do cuidado que a gente tem que ter, agora tem que se dedicar a isso, sempre falo, é a mesma coisa que tu ter um filho, o filho ele vem pro bem, ele é uma coisa boa que veio pra tua, mas ele muda tudo na tua vida, né? Isso daqui muda tudo também só que é uma coisa ruim, né? Você tem que fazer tratamento, você tem que tomar medicação, daí o tratamento agora tá atingindo o coração... daí eu tive que ir no cardiologista, então agora eu tenho que viver em função de mim, se cuidando...

M 15: Ah, foi bastante coisa, o jeito de pensar, o jeito de agir, ser mais paciente

Lidar e mudar como parte de uma doença crônica são aspectos particularmente importantes (HARTMANN, 2007). Por meio das falas anteriormente transcritas pode-se observar que o diagnóstico traz consigo um período de mudanças nas dimensões físicas e emocionais, mas principalmente na maneira de encarar a vida e o viver. É interessante avaliar que como critério de inclusão neste estudo todos os entrevistados deveriam ter identificado um sintoma. Apesar disso, parece que o choque ao ouvir a confirmação de seus diagnósticos não diminui ou minimiza o impacto deste em suas vidas. Antes sim, faz com que passem considerá-la de modo muito diferente de até então.

Quando as pessoas enfrentam doenças crônicas ou doenças que são percebidas como fatais como o câncer, suas atitudes em relação à vida podem mudar e isto se reflete nas manifestações dos participantes desse estudo. As mudanças nos hábitos de vida e práticas religiosas frequentemente fazem parte do enfrentamento da ansiedade de

pacientes com câncer (TURHAL, 2018).

Os sintomas físicos como fadiga, anorexia, constipação e dor, associados à depressão como um dos principais sintomas psicológicos afetam sobremaneira o paciente, tanto quanto quem o assiste e acompanha. Por tal razão é preciso assegurar cuidados paliativos preventivos, psicoterapias e/ou intervenções espirituais, pois melhoram o bem-estar de todos, tanto no processo de tratamento, quanto no final da vida, caso a doença seja incurável (TAGLIAPIETRA, 2016).

O estresse decorrente do momento vivido em razão da doença pode atingir tanto o paciente, quanto seus familiares e comumente se faz acompanhar de desespero, irritação, desgosto e intolerância. Estas dentre outras emoções tendem a surgir quando o paciente ou seus familiares assimilam a ameaça de perda que a doença prediz e esta ameaça traz consequências a todos tanto a nível físico, quanto psicológico (SILVA, 2001). Emoções como estas demonstram a importância para o paciente de um acompanhamento profissional frente às mudanças que não serão somente físicas. Um profissional da área da psico-oncologia com condições e conhecimentos a respeito da interface entre essas duas áreas possibilitará o atendimento, acompanhamento ou encaminhamento necessários preservadas as especificidades que cada paciente enseja. Ratificam este entendimento Silva et al (2017), que asseguram que a abordagem ao paciente oncológico deve ser completa reconhecendo-o como sujeito derivado de necessidades não apenas orgânicas, mas também sociais e emocionais, tanto quanto os demais indivíduos que estão vivenciando comprometimentos em sua saúde.

Cabe ressaltar que na Categoria Diagnóstico também foi possível observar como os entrevistados lidaram com a notícia da doença, quais seus cuidados e preocupações com relação a este momento, bem como as maneiras que encontraram para lidar e enfrentar este período que por vezes tem relação próxima com a morte. Mello-Santos (2008), destacam reações de ajustamento diante de várias dificuldades enfrentadas pelas pessoas. Todavia, em se tratando de câncer a perspectiva é diferenciada, pois esta doença, comparada a tantas outras, carrega em si o estigma da morte, sendo o adoecer/tratar caracterizado como um processo lento, em crescimento, doloroso e até mutilante. Os autores destacam o fato do diagnóstico de câncer portar a percepção de algo incurável, algo presente na fala dos participantes, e disparador de medos a respeito da terapêutica. Parece ser inegável que, sob tal contexto, sentimentos intensos são vivenciados desencadeando reações de ajustamento positivas ou negativas, como as relatadas pelos participantes desse estudo.

Como destacado anteriormente, vários tipos dificuldades estiveram presentes nas

falas dos participantes e descritas nas vivências em seus distintos *locus* ambientais: de ajustamento, em relação ao próprio corpo (mutilação), em relação aos amigos e familiares, e em relação ao trabalho/aposentadoria, principalmente. Algo que se constata em Batista et al. (2015) quando relatam em seu estudo sobre a convivência com câncer que o diagnóstico e o tratamento conduzem o paciente a vivenciar muitas e diferentes dificuldades. Os autores asseguram que a desconfiança de que algo não estava bem em seu corpo é o início de uma longa jornada de descobertas, algumas com potencial emancipador e outras com potencial destruidor.

Contribui para sustentar o achado a respeito das mudanças e dificuldades vivenciadas pelos participantes, o estudo de Fonseca et al., (2017) sobre as percepções e enfrentamentos de mulheres com câncer de mama; os sentimentos percebidos pelas pesquisadoras na descoberta e confirmação diagnóstico foram: ansiedade, medo e indiferença, bem como de desespero ao encontrar o nódulo, incerteza em relação ao futuro da doença, amargura, estranheza e mutilação ao se deparar com as consequências do tratamento. Tais resultados encontram semelhança com o estudo ora realizado.

4.2.3 Categoria Ambientes e Relações

Na categoria ‘ambientes e relações’ foram explorados o modo como os participantes lidaram e perceberam seus ambientes familiar, social e de trabalho, bem como as relações neles entabuladas a partir do momento em que identificaram um sintoma e receberam o diagnóstico. Ao serem questionados sobre quem procuram ou contam nos momentos de dificuldade, todos responderam contar com familiares, entretanto três reforçam que contam também com Deus. Relatam ter proximidade com estes familiares; isto significa que os veem com certa frequência, conforme informado por 23 participantes. Além disso, os participantes caracterizaram sua relação com a pessoa próxima como “maravilhosa”, “excelente”, “muito boa” e “boa”, bem como definiram suas relações familiares como “ótima”, “muito boa”, “boa”, “feliz”, “tranquila”, “boa mesmo com desentendimentos”. Uma participante descreve com adjetivos negativo esta relação: “péssima”, “ameaçadora”, “um saco”.

A seguir são apresentadas as análises empreendidas detalhadamente e exemplos de manifestações dos participantes que possibilitam compreender esta parcela do

fenômeno de interesse desse estudo.

Dentre os 34 entrevistados, 32 moraram com familiares, sejam estes marido/esposa/companheira, filhos, pais ou irmãos. Eles informaram que têm como rede de apoio os familiares e amigos e mantêm com estes certa proximidade, apesar da doença e de suas implicações. Pode-se constatar isso nas falas de M4, M8, H14 e H15:

M4: Eu acho assim, quando a gente tem a família unida, os amigos que querem bem a gente, não deixam a gente ficar pra trás, né? Eu tive muito apoio dos amigos, amiga, da família, as minhas irmãs que eram meio esquisitas, mas a minha família me deu muito apoio...

M8: Olha, agora tô falando frequente com eles, todo dia eu falo pra eles que eles são muito importante pra mim, se não fosse eles eu não sei, não ia aguentar essa barra...e os amigos, e as amigas do hospital que eu trabalhei também, que são nossa....

H14: Família... eles dão todo apoio, te dão conforto, eles...acalma a pessoa, a família... vem tudo deles, amigos também..."

H15: (em referência à relação com a família e amigos) Só pelo whats. Não, tô brincando! Algumas pessoas, sim. Nossa, imagina! Sempre ficam os amigos. Foram me visitar quase todos... os professores..."

Os participantes M4 e H12 relataram contar nas horas difíceis, de modo especial, com a família, e até mesmo com familiares que residem em outras cidades (H12, M4, M11, M12). Há ainda quem relate que os familiares que têm maior contato e proximidade (no sentido de afeição) incluem além do marido/esposa/filhos, os pais e os sogros, como mencionado por H7.

A esse respeito, Silva (2001) refere que as fronteiras no subsistema familiar definem as regras de quem participa e como. Exemplo disto encontra-se na fala de H7 quando, ao se referir a família de sua esposa (sogro e sogra) no sentido parental, fraternal a representa como se fosse a sua família biológica. Corroborando com este pensamento, Monteiro e Lang (2017) asseveram que o familiar com maior proximidade, muitas vezes será também o cuidador do paciente oncológico justamente por tratar-se de alguém influente junto ao paciente. As autoras destacam que o cuidador terá grande peso diante da tomada de decisão do doente frente aos desafios que envolvem o enfrentamento da doença e o tratamento. Nestes termos, mesmo que indiretamente, esse familiar atuará no processo terapêutico.

H12: Olha, na verdade todos eles são bem próximos, porque daí...uma mora longe, mas quando a gente pode tá (sic) lá, né? e ela é todo dia no telefone,

liga...

M4: ah, porque a gente é muito apegado, né? Então a filha mora perto... a outra que mora em Curitiba também chorava de lá aqui... tem os genros também... é muito legal, porque a família nessa hora ajuda muito, meu marido... nossa, não é marido, é pai, até hoje ele se preocupa comigo, porque eu não paro quieta, vive me mandando parar, sossegar...

M11: Eu tenho minhas irmãs que moram na Rondônia, minha cunhada mora na Rondônia, minhas tias... Eles conversaram comigo, me davam apoio...

M12: No sentido de atenção, do acompanhamento, por exemplo, hoje a minha irmã veio comigo, tá (sic) aí no centro, daí meu neto veio também, né? Queria vir, né? ... Então eu nunca tive problema de dizer assim “quem vai comigo hoje” entende? E eu não preciso pedir também, né?

H7: Minha esposa, meu pai e meus filhos... se eu for botar as pessoas que eu posso contar, eu...meu sogro é um que... meu...tá loco se eu precisar ir pra tal lugar, ele já tá ali para me levar, ele é uma pessoa 100%, graças a Deus tô (sic) rodeado de pessoas assim, que querem ajudar...a gente nos olhos das pessoas que querem o bem da gente, né? ... Minha sogra... minha sogra ela é... chego lá me dá café, manda deitar, colocar as perna pra cima...

As manifestações anteriores descrevem a qualidade do contato com aqueles que foram definidos pelos participantes como os mais próximos. Eles parecem acreditar que essa proximidade os ajudou a enfrentar o diagnóstico e o tratamento da doença, contribuindo de alguma forma, cada um a seu modo, na vivência dessa etapa pesada de suas vidas (H2, H8, M8, H11). Nos momentos que identificam alguma necessidade ou apreensão é com para estas pessoas (família e amigos) que os participantes parecem recorrer em busca de auxílio (H3, H13, M13 e M14).

H2: [...] principalmente minha esposa, porque às vezes, querendo ou não, dá aquele momento de...de...a gente sempre manteve uma auto estima, mas às vezes dá uma recaída e ela (esposa) sempre esteve do meu lado: vamo (sic) lá, vamo (sic) levantar a cabeça, vamo (sic) seguir em frente, nós vamos enfrentar isso...

H3: Sim, ô... a família e os amigos contribuem, porque sempre tão ali de apoio, de um lado se precisa de um...eu pego e ligo pra alguém se preciso conversar...bater um papo, tem um amigo que tem um lagoa de peixe, às vezes vou lá pescar, me distraio assim, mas não é fácil...

M8: Eu conto com a minha família, né? Família, como são muito unido comigo, a minha irmã que agora tá junto comigo, tá sendo meu braço esquerdo e direito. Meu marido que nossa, que é meu companheiro, meu anjo da guarda, que vira as noite, me ajuda, me acalma, fazer um chá, tudo é ele. Meu filho também que é um amado, minha nora, meu pai, minha mãe, são todos, meus irmãos, todo mundo agora tá...incomodei todo mundo, depois que fiquei doente tão tudo em roda de mim... [...]Ah, minha relação familiar é maravilhosa, é a melhor possível, antes da doença a gente já era unido e agora com a minha doença, ficamos mais unido ainda...serviu pra...de lição essa minha doença pra todo mundo, pra todos nós, assim, né? Alguma coisinha a gente tá mudando...

H11: Ajudam (família), os amigos também, até foi feita uma campanha pra ver se a gente arrumava dinheiro, né? Eu recebia bastante apoio das pessoas, vinham visitar, esses tipo de coisa ajuda bastante, né?

H8: Com a minha família meu Deus, não tem melhor agora, a gente é muito

unido também... [...] Meu, pra mim, muito... pra mim de toda forma, qualquer forma (de ajuda de amigos e família) é bem-vinda, me sinto protegido, porque a gente acaba ficando fraco, na minha forma de pensar, família pra mim é tudo...

M13: A presença...eu acho assim...que a gente ser feliz é onde não deixa o câncer tomar conta, eu pra mim assim, não sei, o câncer é a tristeza, então assim, os amigos e a família é o que deixa a gente feliz, porque sem eles você não é nada...

M14: Ah sim, se não fosse a família também, já tinha desistido...

De modo geral, todos os participantes informaram que as pessoas com quem têm mais contato e proximidade afetiva foram aqueles com quem dividiram a notícia sobre a doença, como relatou a entrevistada M7. A este respeito Peçanha (2008) argumenta ser importante as características do contexto evolutivo da família (crises previsíveis do ciclo de vida da família, mudanças de estrutura ou dinâmica etc.) no momento do aparecimento da doença, tanto quanto são relevantes as etapas do ciclo vital do indivíduo em relação ao período em que se deu a descoberta do câncer.

M7: Só para ele (marido). Tava no sítio. Depois, os meus filhos ficaram sabendo e tal, mas primeiro ele, né?

Em alguns relatos (M9, M10, H2, H8 e M12) é possível observar que a relação com os familiares se intensificou a partir do diagnóstico

M9: (relações familiares) Boas, é..e pós o câncer elas melhoraram muito, muito... M10: Olha, se eu contar, eu considero mais boa do que nunca...

M 12: Na família houve assim...mais um entrosamento, muita preocupação por parte deles, a minha filha veio do Rio de Janeiro ficou três meses comigo ali, deixou a família dela lá e...o que mais...deixa eu ver...mudou assim, é eles dão muito mais atenção, né? Ficam sempre perto, preocupados... [...] Meu filho, ele trabalha lá na B.. Às vezes ele (faltar ao serviço)... daí eu digo não filho, não precisa, porque você vai faltar no serviço? E ele diz, não mãe, nada é mais importante que a senhora.

H2: Mudou, mudou pra melhor, bem melhor...a gente acaba dando valor pras pequenas coisas... H8: A família... se aproximamos mais...

Observa-se que há em algumas falas (H1, H10 e H13), conteúdos que se traduzem em emoções positivas em razão da atenção e do carinho dispensado pelos amigos e familiares dos participantes. Depreende-se que este fato tem conotação positiva e lhes traz algum conforto diante do diagnóstico e da doença. Sob esta perspectiva Silva (2001) ressalta as necessidades do paciente em receber atenção e cuidado e como estes a longo prazo podem ser desafiadores ao sistema familiar. A autora argumenta ainda, que muitas famílias, ao se dedicar aos cuidados com o familiar adoecido, conseguem recuperar o equilíbrio emocional abalado com o diagnóstico de uma grave doença.

H1: O carinho, né? O carinho, a mensagem positiva de que vai passar, que isso vai passar, vai terminar eu vou me curar, né?

H10: Ajudam, aconselhando, rezando, fazendo oração...

H13: Porque eles levantam o astral da gente, o cara tá com a cabeça baixa, chega um e diz: Deus vai te ajudar, Deus vai...assim vai por diante, né? Por exemplo... chegou uma vizinha lá da praça e disse: que bom que tu tá bem, como tu tá bom...só por ela dizer isso, deixa a gente bem..."

Ainda que as manifestações da maioria dos participantes sejam positivas na descrição do apoio e incentivo de parte da família e de amigos, em oposto verifica-se entre alguns (M11, H14) certo ressentimento. Tal fato parece decorrer do distanciamento ou ausência de amigos após o diagnóstico da doença. Além dos amigos, os familiares também são incluídos na relação de pessoas que pouco ou nada contribuíram para que estes participantes tivessem seu momento de insegurança e pesar atenuado.

H14: Olha, com a minha esposa, não tenho muita opção de amigos...principalmente agora, né? Tem que contar mais com ela.

H17: (em relação aos amigos e familiares) Eles só se preocupam, porque ajudar mesmo, não ajudam, eles se preocupam, ligam, de vez em quando aparecem lá em casa...mas é isso...

M11: Os amigos nem tanto, porque eu sempre falo assim, quando você dá uma festa você tem milhões de amigos, agora quando você fica doente, você não tem ninguém, porque foi o que aconteceu comigo... amigos mesmo, foram poucos que foram me visitar e que falaram "podem contar comigo".

M17: Minhas relações familiares... Péssima, ameaçadora, chocante, um saco; pense numa coisa pesada a tal da família (irmãos); com os filhos me dou bem. Os irmãos me discriminaram, me colocaram de lado por causa do divórcio. Disso eu fiz o câncer... primeiro fechar o ateliê, depois essa confusão. As pessoas e os irmãos me incomodavam muito. O que o câncer tem que fazer é eliminar na pessoa tudo que ela não quer. Não consideravam minha opinião. Mas já foi pior, agora estou conseguindo conviver um pouco.

Com relação às famílias que permanecem em estado de desequilíbrio após uma perda ou um acontecimento traumático, Silva (2001) destaca que estas tendem a estabilizar-se em uma estrutura disfuncional ou até estabilizam-se, mas acabam por cuidar de forma inadequada do doente. No caso das famílias onde já havia algum conflito antes da doença, o desencadear desta pode provocar sobrecarga com um stress adicional, fato que influencia os cuidados com o doente.

A respeito de suas atividades laborais, uma entrevistada relatou que suas relações de trabalho "foram morrendo por causa da doença" (sic); seis relatam que, apesar da

doença têm contato com os colegas de trabalho e 21 consideram não ter contato por estarem afastados (as) do trabalho ou aposentados (as).

Há relatos (H7, M9) que em razão da doença os participantes se obrigaram a um afastamento, o que certamente implica em bruscas mudanças em suas rotinas. A interrupção da relação de trabalho em virtude da doença é algo avaliado como perda. As manifestações a seguir possibilitam tal entendimento.

H7: Eu trabalhava de estampador, agora tô (sic) encostado, né?

M9: Eu trabalho numa universidade privada... quando eu sai da empresa (para tratamento) eu tava num processo de ascensão profissional; tinha chegado onde eu queria. Quando eu sai tive a certeza de que eu não voltaria mais... tinha a imaginação que a vida tinha acabado, que não tinha mais possibilidade e hoje tenho certeza que não volto mais. Hoje, pelo fato que o esvaziamento axilar me tirou a mobilidade dos braços pro serviço que eu fazia, eu não vou ser remanejada, não posso ir pra outros setores porque eu não tenho habilidade pra isso... Vai fazer um ano e nove meses sem trabalhar e isso é difícil...

H17: tá sendo meio chato porque, é que eu tô aposentado...então larguei tudo de lado e disse: “eu vou cuidar de mim agora” ...quero saber de nada...

A corroborar este achado, encontra-se em Garcia e Prado (2017) que o câncer de mama é a causa de processos longos de afastamento do trabalho - em média de 320 dias. Salientam que o acometimento pela doença ocorre justamente na idade de maior produtividade e muitas vezes o diagnóstico vem acompanhado da improdutividade permanente, algo citado por alguns entrevistados (M9 e M13). Os autores complementam referindo que o retorno ao trabalho é um processo difícil em razão das características do tratamento, especificamente no que diz respeito à sua intensidade e espaçamento, da qualidade de vida que resta comprometida e pelo fato de o paciente-trabalhador ausentar-se, não raro, por longos períodos do trabalho.

Ainda houve aqueles que se aposentaram por invalidez em razão da doença, o que indica que não será mais possível o retorno às atividades laborais. Depreende-se que esta condição de afastamento do trabalho e aposentadoria compulsória podem suscitar mais sentimentos de rompimento, além dos que já acompanham a doença.

M13: Tô aposentada por invalidez [...] é, o início é complicado porque... no início você pensa assim o que vai ser, né?. Mas tem que trabalhar a cabeça... porque eu primeiro tem que tá bem, né? Meu corpo, minha mente, né? pra depois eu pode voltar... se um dia eu voltar a trabalhar, né? Mas eu primeiro tenho que tá bem, porque não adianta... o início foi muito difícil, sabe? Então a expectativa de aí, se eu tô bem e vou conseguir voltar a trabalhar, sabe?

Além das perdas naturais em razão da doença, outras são também vivenciadas. A ausência sentida do trabalho ou de trabalhar (H8) e a falta confessa dos colegas de trabalho são exemplos exarados das manifestações de alguns participantes.

H8: Mudou bastante coisa, porque daí eu não posso fazer nada, daí eu penso que eu vou melhorar pra fazer, tipo, meu trabalho, eu adorava trabalhar...

M3: voltei pra casa (após a notícia do câncer) continuei minha vida normal, trabalhei mais um pouco, daí peguei férias, peguei minhas licenças, então resolvi me aposentar... trabalhei 35 anos na enfermagem, talvez se não tivesse acontecido isso, estaria trabalhando ainda...eu amava o que eu fazia, tinha assim paixão pelo meu trabalho, pelas minhas colegas...

M8: Olhe se eu te dizer que eu me dou com todo mundo, sou muito bem humorada no trabalho, sempre fui e me dou com todas elas...é uma família, quando fiquei em casa, elas foram tudo me ver. É outra família, tô sentindo muita falta delas...

M11: eu gostava de fazer esse serviço de trabalhar, de...de... conversar com as pessoas...daí agora... (expressão de pesar)

M17: (sobre as relações de trabalho) “foi morrendo por causa da doença”.

Houve ainda aqueles que em sua relação com a doença destacam que as manifestações dos sintomas iniciais foram sentidas durante o trabalho, como H1 e H3:

H1: É...eu...eu, elas (cólicas) começaram a acontecer com uma certa frequência e em qualquer momento, né? Como começou a atrapalhar o meu trabalho, né? Por exemplo, quando eu sentia cólica Pra aliviar a dor eu precisava me agachar, isso começou a atrapalhar muito o meu trabalho.

H3: Eu tava no serviço...tava dirigindo, daí começou a dar dores abdominais, vomito e disenteria.

Também houve aqueles que sendo profissionais autônomos optaram por manter-se no trabalho até quando foi possível. Este fato representou significativa contribuição ao tratamento. A seguir, um exemplo deste fato.

H16: Eu acho que o trabalho... fico em casa porque sou obrigado mesmo, né?

A importância dada ao trabalho observada nas manifestações de pesar pela interrupção deste importante aspecto do curso de suas vidas é consoante ao que destacam Zanelli e Kanan (2018): o trabalho confere sentido e significado à vida das pessoas; é por meio dele que se consolida a identidade de cada sujeito e, também é por meio do trabalho que se engendram boa parte das relações sociais que as pessoas entabulam em seu entorno. Portanto, é evidente o pesar pela perda do trabalho (de parte da identidade?) presente em

algumas falas.

De modo geral, as análises empreendidas nesta categoria possibilitam perceber que ao se estabelecer relação entre câncer e os ambientes familiar, social e de trabalho, os participantes carregam consigo sentimentos intensos, tanto de despedidas, quanto de aproximações nestes e destes ambientes. Os participantes fizeram importante referência a seus familiares e amigos e evidenciaram a contribuição que estes lhe proporcionam ou proporcionaram quando do diagnóstico. Todavia, houve também relatos de participantes que entraram em conflitos e distanciamento de familiares e amigos, justamente naquele que pode ser um dos períodos de maior dificuldade já vivenciados: o enfrentamento da doença e do tratamento que sobrevém a partir do diagnóstico. Tais questões tendem a ser mobilizadoras de sentimentos e energia, e, conseqüentemente, ser contributivos ou disruptivos, a depender da capacidade resiliente de cada pessoa.

Não menos importante é a questão laboral. Observa-se que em razão do curso da doença algumas imposições são sentidas como perdas vivenciadas, como por exemplo a obrigatoriedade em se afastar do trabalho para dedicar-se exclusivamente ao tratamento (muitas vezes imposta pelos familiares ou médico ou ainda pela fragilidade causada pela doença). Oposto a isso, a necessidade de permanecer no trabalho mesmo diante do tratamento também está presente nas manifestações de alguns participantes. Apesar do conhecimento de mudanças no contexto social e psicológico serem naturalmente esperadas, isso não significa que tais transformações não causem angústia ou aflição; ou, de outro modo, que não suscitem a oportunidade de dedicar-se exclusivamente à própria saúde.

Cabe considerar, com o auxílio do entendimento de Monteiro e Lang, (2017), que os aspectos aqui levantados não regram, determinam ou definem a vida dos pacientes e familiares. A forma como a situação será enfrentada dependerá de como foi percebida e do comportamento assumido diante desta percepção; este comportamento será modelado com fundamento nas experiências de cada sujeito/entrevistado. Assim, de forma única, cada um enfrenta a realidade da maneira cabível/suportável.

4.2.4 Categoria Estratégias de Enfrentamento

Na Categoria Estratégia surgiram falas evidenciando que a fé parece dar suporte, ser contributiva para a vivência desta etapa de suas vidas. Assim, pode-se dizer que os

temas mais evidenciados pelos participantes foram apoio e religião. Além destas, observam-se estratégias de mudanças tanto internas (emocional), quanto externas em virtude do diagnóstico da doença.

Ao serem questionados a respeito de quais estratégias utilizaram para enfrentar ou para seguir a vida a partir do diagnóstico os participantes evidenciaram a fé e o autocuidado - no sentido de se alimentar bem e seguir fielmente as orientações médicas. Além disto, relataram cuidar de seus pensamentos para que se mantivessem positivos (H1 e H13) e conservar a alegria apesar da doença (M1, H7), como se estas estratégias fossem para eles algo favorável à cura.

Os participantes também caracterizaram o apoio que receberam como algo importante e que os ajudou a enfrentar seus medos e inseguranças, aspecto este explorado mais detidamente na Categoria Ambiente e Relações. Tal fato é consoante ao que afirma Peçanha (2008), pois para o autor o indivíduo com câncer necessita mobilizar recursos psicossociais numa tentativa de se adaptar ao estresse consoante a esta enfermidade. Este processo de mobilização emocional, comportamental e cognitivo que objetiva a adaptação relativa a cada etapa da doença é nomeado de enfrentamento – ou *coping*, na língua inglesa.

M1: Alegria, isso é fundamental, eu nunca deixei de ser alegre, de ser positiva, sabe? Aquela coisa...claro tinha dias que a gente tava lá embaixo, mas sempre procurava um sorriso, sabe? Cantando, alegre, isso me ajudou também...

H1: Pensamento positivo, né? A expectativa de que é uma fase da minha vida... É um aprendizado e...e tudo, né? tá acontecendo ao meu favor, né? Desde a descoberta do diagnóstico até agora, né? Tudo...atrás de cada notícia ruim que eu tive nesse período eu sempre procurei um lado bom, né? Ah, por exemplo, eu tô com câncer, mas eu sou jovem, tenho tempo pra tratar, ah, tem a cirurgia, tá, ok, eu uso uma bolsa, né? Porque meu câncer é no intestino, tá, pô, é muito chato isso, ah mas vai me ajudar de outra forma, então sempre tento virar a moeda, do negativo pro positivo.

H7: Não ficar pensando na doença, não pode, se ficar pensando...não pode, tu tem que agir conforme teu corpo, se tu tá com dor, um dia que tu não tá bem, tudo bem, não tem como não sentir dor, mas o dia que tu tá bem não pode ficar pensando: ah eu tô doente, não vou ficar vivo... Tem que tentar sempre rir, brincar, que alegria te deixa mais forte...

H13: Eu acho que o que vai me ajudar é pensamento positivo, fé em deus e não deixar se abalar né? e tocar pra frente né?

Isso parece indicar que os participantes sentem e identificam como estratégia estar bem emocionalmente e manter-se bem. São comuns entre os participantes relatos que evidenciam as estratégias utilizadas contra a doença, por exemplo, os pensamentos

positivos, a alegria a fé e a possibilidade de reverter um quadro ruim em algo favorável, no sentido de não se deixar abater pela doença.

Outros participantes relacionaram como estratégia também o cuidado com a alimentação. Tanto o cuidado com a saúde física, quanto com a saúde mental parecem estar num mesmo patamar de estratégias acionadas para o enfrentamento da doença e a sequência da vida em parâmetros de uma normalidade possível (M10, M17, H2, H15). Assim, Silva et al., (2017), em seu artigo sob uma perspectiva multidisciplinar para o câncer, explanam que junto a todos indivíduos que estão passando por dificuldades com relação à sua saúde - como é o exemplo de pacientes acometidos por câncer – é preciso a adoção de uma abordagem completa deste ser (paciente). Isto porque é necessário reconhecê-los como sujeitos com necessidades próprias, não somente orgânicas (alimentação), mas também sociais (relações) e emocionais (apoio). Os autores afirmam ainda, que a partir de tal evidência fica claro a importância de uma ação interdisciplinaridade, do processo de humanização dos procedimentos e da valorização do profissional da área da psicologia, uma vez que são favorecedores do uso de estratégias eficazes frente a doença.

M10: Ah, a gente procura...eu por exemplo, tirei o açúcar, né? Tirei o açúcar porque eles pediram, mas por isso que te digo, eu criei uma força divina tão grande que eu não acho falta do açúcar e eu comia às vezes até um pacote de bala por dia...de tanto que eu gostava do açúcar...eu ia pro sítio, passava na minha cunhada que tinha mercado e levava um pacotinho de bala de banana e ia beliscando, de vez em quando ela enchia meus bolso e eu ia (risos) e dizia eu não vou comer mais, e comia só mais uma, e assim ia...e Graças a Deus não senti falta...isso foi mais um milagre que eu recebi...e eu achava que não ia ter força pra isso.

M17: Alimentação e o jeito de pensar... pra mim é diferente, eu sou artista, eu transformo a doença em arte.

H2: Então.. a alimentação é claro, a gente cuida muito mais da alimentação, hábitos de vida que a gente foi mudando...

H15: Alimentação... o que eu posso ingerir de coisa saudável eu faço. Sementes no geral...

A participante M4 evidencia a importância do auto cuidado, como por exemplo, no corretíssimo uso da medicação prescrita pelo médico. Traz ainda, que a maneira como reage emocionalmente apesar das adversidades é sentida por ela como algo a seu favor e como causa estranhamento às pessoas ao seu redor o fato de estar sempre alegre apesar da gravidade da sua doença. Corroborar o mesmo pensamento a participante M11:

M4: Eu tomo tudo as coisas (medicações) direito, né? Os remédio tudo na hora

certa...eu sou muito assim, alegre; até minha vizinha disse assim, que ela teve 'câncer benigno'(sic), ela tirou o seio e disse que se espelha muito em mim. A vizinha da frente, teve câncer de garganta se desesperou, falavam pra ela olhar pra mim, que o meu foi pior que o dela, e eu tava bem, tava sempre alegre, nunca se queixando, nunca chorando...eu fazia o tratamento, vinha pra casa, dali dois dias eu tava bem boa, e daí quando tava bem boa, já tava na hora de fazer outra...mas a gente enfrenta, né?

M11: Eu acho que assim...bastante coisas é a gente mesmo...é de você mesmo, porque como te falei, não adianta se lamentar, não adianta nada... você sabe que é você que tem fazer...é encarar e fazer e não adianta se lamentar...não adianta falar porque aconteceu comigo, porque isso, porque aquilo, você sabe que tem fazer...

Já as participantes M3, M7 e M12 identificaram que sua estratégia para enfrentar a doença é buscar e aceitar o apoio dos amigos e da família, a atenção que estes lhe dispensam, bem como sua fé. Estes fatores parecem estar relacionados a algo que possibilita e mantém o equilíbrio emocional dos entrevistados, apesar da doença.

M3: ...a minha fé, as orações da família e dos amigos. Me ajuda muito, me fortalece.

M7: conforto... Pois olha, eu me conformo quando, às vezes, tô com crise de nervos, até eu tomo remédios para me acalmar ...os filhos também. As crianças me alegam muito... tenho três netos pequenos e um grande que não saem de lá (casa). Já tenho um bisnetinho (expressão de alegria).

M12: ...por exemplo...atenção, né? Dos amigos, ...todo mundo fica preocupado é... a minha frequência em rezar mais também, conversar mais com Deus, entende? Que todo mundo diz que nessas horas que a gente lembra de Deus. Eu sempre lembro, mas agora, foi mais... a atenção dos filhos, muito, muito também, então tudo isso contribuiu pra que eu segurasse a barra com mais tranquilidade.

M14: Eu até não sei, eu acho que a ajuda do... 'do cara lá' (Deus) que me ajuda muito, né? que eu tenho coragem de enfrentar...

Parece também servir como estratégia para dar sequência à vida o fato de não se deixarem abater, de não se permitirem fraquejar, de não desistirem de lutar contra a doença e para poderem encarar o tratamento e suas indesejáveis consequências. Peçanha (2008) argumenta que a pessoa com câncer utiliza diferentes estratégias para enfrentar a doença e o tratamento e a compreensão destes aspectos é fundamental para um melhor entendimento da qualidade de vida humana. Ele destaca ainda que não se pode desejar que um paciente seja consistentemente positivo sem lhe possibilitar um espaço para expressar suas tristezas ou raivas e sem dar-lhe algum espaço para adaptar-se a uma experiência tão modificável quanto é o câncer. Assim, entende-se que as respostas positivas frente a doença, - o fato de não se permitir sofrer - podem representar também uma forma de responder as pressões sociais.

Outro aspecto a ser considerado é a associação entre a doença e aspectos relacionados ao luto, haja vista a ameaça à vida que o câncer representa. Resta clara, portanto, a conveniência da afirmação de Oliveira-Arrieira, (2017, p. 05): “É comum que com a proximidade da morte venha a valorização da vida”. E, a partir desta compreensão observa-se entre alguns participantes (M13, M15, H8) evidências a respeito da vontade de viver como algo imprescindível ao período que enfrentam.

M13: ..é assim, das dez cirurgias que eu fiz cada vez que dava o diagnóstico que tinha voltado, eu meio que entrava em luto assim, uns dois, três dias, chorava muito, ficava fechada no quarto, mas era esses dois, três dias, aí quando fechava esse ciclo. Eu dizia assim: não, agora deu, vamo (sic) erguer a cabeça e bola pra frente... mesmo sem vontade às vezes de levantar da cama, sabe? Mas eu sempre me esforcei muito, muito com isso, erguia a cabeça, até pelo fato assim, a minha família assim, muito câncer, sabe? eu perdi prima de 46 anos agora, no ano passado, perdi um tio, uma tia, outra tia...então começou todo assim, muito perto, sabe? E queira ou não isso abala a gente, não tem como ter estrutura, né? E tudo foram depois que eu descobri o diagnóstico, então assim, queira ou não abala, então eu sempre tive assim muita força, pelo fato de que eu quero criar meus filhos, eu quero ver eles crescer, eu quero ver eles bem, casar, estudar, então eu acho assim, que é um foco que eu tenho que me determina e me ajuda, sabe? de viver...

M15: força de vontade, né? (risos) Força de vontade, eu quero vencer, eu quero viver...

H8: Eu penso mais em Deus, sabe? Procuro não pensar muito na situação... eles dizem que eu tenho o espírito muito forte, né? Porque na verdade eu fico sorrindo, porque meu problema é grave, no caso eu só penso em viver...

A respeito da religião, os participantes informaram ser católicos, alguns praticantes e outros não. Há entre os participantes ainda, os Evangélicos protestantes.

H1: Sou católico. Bem pouco, bem pouco, (pouco praticante), mais um estado de espírito do que uma participação efetiva na comunidade.

H2: Católico, praticante. Eu tenho minha fé, né? Religião...acho que a gente precisa acreditar em algo maior, né? O que me fez encarar e... são vários pilares, né? que é...me fez que eu buscasse forças pra encarar a doença... família que é a base de tudo, que é nosso alicerce, religião que foi minha fé, minha fé, né? Sou muito devoto a Deus, a Nossa Senhora Aparecida, como sou católico, né? é... acho que a minha fé...foi o que manteve eu de pé, meus filhos...agora que já nasceu o outro... meus filhos que mantem vivo e que me dão forças pra viver...

H3: Cristão. Frequento na igreja, e em casa também. Fé, muita fé (como estratégia), minha vida ultimamente é guiada só por Deus não tem outro que pode acalantar tua alma...ó que nem agora, to (sic) sentado aqui assim, me dói tudo...tenho dor direto.. Na oração, eu busco conforto, bastante a presença de Deus, né? Amo muito a misericórdia dele.

H5: Religião Católica, praticante. ...a minha igreja, e orações. A fé, eu confio muito no amigo lá de cima. A gente acredita muito nas orações dos amigos,

todo mundo reza, mas pelas orações que todo mundo tá fazendo, a gente tem muitos amigos, padres, e o pessoal de encontro de casais, sabe que todo mundo tá rezando, se tiver que receber uma graça, não sei se isso demora, mas se for pra vir, né?

H6: Evangélica, protestante. Praticante. Confiar em Deus e não se desesperar (como estratégia).

Também houve quem se definisse como alguém sem uma determinada religião, mas sim simpatizante de várias religiões, como alguém dotado de fé e com a possibilidade de que esta pudesse ser recompensadora. Uma ligação com algo superior, não visível, mas por eles declarada como compreendida; como se houvesse certa correspondência entre ambos, criador e criatura, como citaram H8, H9 e M8:

H8: Enquanto meu divino Pai Eterno me quiser aqui, eu vou ficar, vou seguir na luta...

H9: Espiritualmente (estratégia)...eu tenho meu São Sebastião, Nossa Senhora Aparecida, eu tenho meu São Jorge que é meu pai, Ogum da Umbanda...e o divino Pai Eterno que é o nosso Deus maior, ele que me conforta, me dá força... Estratégia, é eu acreditar que vai me ajudar e vai... se não...o tratamento e a fé...

M8: Eu sou católica, mas gosto de ir na igreja dos crente...adoro os evangélicos... ah eu busco conforto neles mesmo. Eles ligam: vamo (sic) comer lá, vamo (sic) almoçar lá, vamo (sic) tudo se reunir? ...Deus em primeiro lugar... Eu...eu pego minha Bíblia lá pelas seis e digo pro meu marido: vou fazer umas orações. Pego [...] minha bíblia ali, leio uns salmos, falo com Deus bastante, peço pra toda minha família, de um a um...e eu levanto dali bem melhor...

Houve ainda uma entrevistada que disse já ter conhecido e transitado por várias religiões e crenças e que atualmente não as utiliza como estratégia para seguir a vida:

M17: Já me enfiei em cada buraco... já frequentei tudo que você imaginar, hoje eu tenho a minha fé, a filosofia de vida é minha mesmo. A fé diminuiu um monte. Busquei conforto por um tempo na religião, até na macumba, Buda, mas conclui que não preciso de nada disso. O câncer abriu caminho pra mim.

Alguns devotos, outros não. Alguns mantendo a fé e a espiritualidade - a maioria, ainda que seja comum o adoecer suscitar questões e dúvidas sobre a transcendência ou sobre a finitude do ser. Todavia, de modo geral, observa-se que acreditar, manter a fé, rezar, orar, confiar, parece trazer conforto, acalento e esperança aos participantes. Depreende-se assim, que está representa uma estratégia importante à qualidade de vida e certa garantia de manutenção do equilíbrio emocional diante da doença, do tratamento e de seus efeitos deletérios. Encontra-se semelhante entendimento em Mesquita et al. (2013), que em seu

estudo a respeito da utilização de enfrentamento religioso/espiritual por pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, asseveram que a fé, a crença são importantes maneiras de confrontar a doença. Relatam ainda, que os pacientes entrevistados consideram a religião/espiritualidade algo de grande importância em suas vidas, sobretudo naquele momento e que gostariam de poder tratar estas questões com os profissionais da área da saúde. Ainda, em Puentes-Silva et al., (2015) encontramos semelhante entendimento, pois em estudo junto a mulheres com câncer de mama, analisaram a associação entre religiosidade, espiritualidade e enfermidade. Os autores concluíram que o aspecto religioso/espiritual é recorrente na construção do significado da doença.

Ressaltam ainda, com relação a importância da religiosidade/espiritualidade, a grandiosidade do tema pelo fato de ir ao encontro da possibilidade de diminuição do choque existencial gerado pela doença.

Por meio dos relatos dos participantes observa-se que a fé tem um papel significativo no período do enfrentamento do câncer; é através dela que encontram forças para continuar no combate à doença. Assim, foi possível avaliar que os participantes parecem evidenciar a força da fé como algo de maior potência, mais poderoso, tão ou mais forte que o tratamento ou a própria doença. Logo, os entrevistados delineiam perceber na fé uma poderosa estratégia de enfrentamento da doença e ainda como algo que os conforta caso não encontrem a cura, como descreve H15. Em consistência com este achado, o artigo inglês de Delgado-Guay et al (2012), alude que a maioria dos pacientes por eles entrevistados levantou a espiritualidade e a religiosidade como fonte motora auxiliar contra seu câncer. Discorrem também, que a religiosidade lhes serviu de fonte de força e conforto, o que acabou por sugerir que o enfrentamento religioso era visto por eles sobretudo de maneira positiva.

H15: Nas horas difíceis eu acredito num ser superior, sabe? Eu acredito. E eu penso assim: “Eu vou lutar”. E se é da minha, digamos assim, se é para acontecer, digamos, se eu sou predestinado para aquilo, eu tenho que aceitar. Eu vou lutar porque, sabe, se realmente fosse para ir a óbito, ou alguma coisa assim, eu aceitaria naquele momento ali, sabe?

De modo geral, observa-se que os participantes utilizam várias estratégias como aliadas no processo de lutar contra a doença e no período de tratamento. Dentre estas estratégias foram evidenciadas a necessidade de manter-se emocionalmente bem - e isso não significa estar todos os dias sorrindo. Antes sim, sempre que possível, ser positivo e afirmativo diante da vida e da doença. Ainda, como aliados à manutenção da saúde mental

ratificaram o cuidado com a alimentação e com a medicação e tratamento prescritos, ainda que por vezes possam lhes trazer efeitos adversos.

Os participantes também referem como aspectos importantes neste período entre sintoma, diagnóstico e tratamento o apoio que recebem da família, dos amigos e aquele que encontram na fé, na religiosidade, na crença. Depreende-se que estes – amigos, família e fé - são aspectos favorecedores para seu bem-estar, uma vez que se dizem mais fortalecidos, conformados, animados, alegres e ajudados, o que concorre para lhes vivenciar algum conforto no sentido *lato* do termo. É válido refletir que tais significados por eles referidos podem ser abarcados tanto pela dimensão fé, quanto para a dimensão das relações sociais e familiares.

4.3 Análise quantitativa dos dados coletados

Por meio da utilização do *software* Alemão MAXQDA, foi possível analisar a frequência das palavras que mais emergiram no discurso dos participantes e a quais categorias já elencadas a partir da Análise de Conteúdo as mesmas pertenciam. As palavras foram agrupadas pela semelhança de conteúdo expresso. Eis:

Grupo 1 – Palavras-chave: alimento, apetite, comida, emagrecer;

Grupo 2 – Palavras-chave: morte, morrer;

Grupo 3 – Palavras-chave: bem, bom;

Grupo 4 – Palavras-chave: mal, ruim;

Grupo 5 – Palavras-chave: nódulo, tumor, câncer, médico;

Grupo 6 – Palavras-chave: fé. Deus;

Grupo 7 – Palavras-chave: tristeza, chorar, difícil, doença, dor, lamentar, medo, sofrimento;

Grupo 8 – Palavra-chave: trabalho;

Grupo 9 – Palavra-chave: remédio;

Grupo 10 – Palavra-chave: rotina;

Grupo 11 – Palavra-chave: cura;

Grupo 12 – Palavra-chave: amigo;

Grupo 13 – Palavra-chave: apoio;

Grupo 14 – Palavra-chave: família.

Na Tabela 05, a seguir, encontra-se cada grupo de palavras distribuído pelas categorias já elencadas (sintoma, diagnóstico, ambiente e relações e estratégia de enfrentamento) associada ao sexo do participante. Importante esclarecer que pela elevada quantidade de citações optou-se por destacar “sentimentos e sensações” da categoria “diagnóstico”.

Tabela 05. Grupo de palavras distribuídas por categorias associada ao sexo do participante.

Palavras-chave	Ambientes/ Relação		Sentimentos/ sensações		Diagnóstico		Estratégia		Sintomas		TOTAL	
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.
GRUPO 5 NÓDULO, TUMOR CÂNCER, MÉDICO	8	20	8	11	48	68	4	15	15	26	87	155
TOTAL GRUPO 5											242	
GRUPO 3 BEM, BOM	25	13	28	73	10	9	11	8	5	7	79	110
TOTAL GRUPO 3											189	
GRUPO 7 TRISTEZA, CHO- RAR, DIFÍCIL, DOENÇA, LAMEN- TAR, DOR, MEDO SOFRIMENTO	7	18	16	32	26	14	8	1	41	13	98	78
TOTAL GRUPO 7											176	
GRUPO 6 FÉ, DEUS	1	2	5	55	0	9	13	31	0	1	19	98
TOTAL GRUPO 6											117	
GRUPO 14 FAMILIA	26	38	4	1	6	7	16	17	0	1	52	64
TOTAL GRUPO 14											116	
GRUPO 8 TRABALHO	9	2	6	7	10	6	6	17	3	0	34	32
TOTAL GRUPO 8											66	
GRUPO 4 MAU, RUIM	0	2	4	29	4	2	0	1	12	0	20	34
TOTAL GRUPO 4											54	
GRUPO 12 AMIGO	20	20	0	0	1	0	6	5	0	0	27	25
TOTAL GRUPO 12											52	
GRUPO 9 REMÉDIO	0	0	1	2	9	0	1	10	7	0	18	12
TOTAL GRUPO 9											30	
GRUPO 1 ALIMENTOS APETITE, COMI-	1	0	3	6	4	0	0	4	5	0	13	10

DA EMAGRECER												
TOTAL GRUPO 1											23	
GRUPO 2 MORTE, MORRER	0	6	1	3	1	7	0	0	0	0	2	16
TOTAL GRUPO 2											18	
GRUPO 13 APOIO	5	8	0	0	1	0	0	0	0	0	6	8
TOTAL GRUPO 13											14	
GRUPO 11 CURA	1	1	2	0	0	0	1	1	0	0	4	2
TOTAL GRUPO 11											6	
GRUPO 10 ROTINA	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2
TOTAL GRUPO 10											3	

A análise e interpretação detalhada das algumas destas palavras separadas por grupos de ocorrência são apresentadas a seguir. Eis:

Grupo 3: as palavras-chave ‘Bem e Bom’ foram referidas por homens e mulheres em um total de 189 vezes. Destas, os homens indicaram as palavras-chave deste grupo 79 vezes e as mulheres 110. Nesta categoria, a palavra ‘Bem’, quando relacionada aos sentimentos e sensações foram referidas por homens 20 vezes enquanto por mulheres 56. E ‘Bom’ foram referidas 8 vezes por homens e 17 vezes pelas mulheres. Assim, pode-se observar através de seus discursos, que as mulheres que enfrentam uma neoplasia, apesar das dificuldades encontradas em decorrência da doença, tendem a vivenciar a sensação de sentir-se bem com mais frequência que os homens.

Grupo 7: palavras-chave ‘tristeza, chorar, difícil, doença, dor, lamentar, medo, sofrimento’ em relação ao câncer foram referidas por homens e mulheres 176 vezes. Um dado significativo encontrado, aponta a relação entre a dor e o sintoma onde os homens identificaram 38 vezes e as mulheres 11 vezes. Em oposição a este resultado encontra-se um estudo de Alabas, Tashani e Johnson (2012) da Universidade Metropolitana de Leeds, Inglaterra, com voluntários líbios e britânicos onde se observa que os homens tem um limiar mais alto para lidar com a dor por uma questão relacionada aos estereótipos do gênero cultural. Através deste estudo, o pesquisador afirma que gênero e cultura são partes fundamentais de como se lida com a dor. A pesquisa conclui que os homens suportam mais dor e manifestam menos queixas com relação a intensidade do que as mulheres. Há destaque ainda que dependendo do grupo étnico isso pode variar sendo eles mais

impassíveis ou mais livres para a expressão da dor.

O fato de os homens terem registrado mais vezes o sentimento de dor que as mulheres pode ser explicado em virtude de os homens procurarem atendimento médico mais tardiamente, por vezes quando o quadro clínico já se encontra agravado. Costa Junior e Maia (2009), a este respeito referem que diante das dificuldades com o trabalho e a possibilidade de afastamento, os homens acabam por ter menos acesso aos cuidados médicos com sua saúde, o que acarreta no adoecimento de forma mais severa. O estudo ainda destaca que os homens costumam procurar auxílio somente nos casos avaliados por eles como de grande necessidade, como por exemplo diante de situações críticas que impõem limites, por exemplo na vida social. Nestes termos, os achados da pesquisa com pacientes oncológicos foram no sentido oposto ao estudo, de Costa Junior e Maia (2009), conforme justificado anteriormente.

Grupo 9: consoante aos dados obtidos no grupo que se refere a dor, neste grupo a palavra-chave é ‘remédio’, e, neste caso, os homens a utilizaram nove vezes relacionando remédio ao diagnóstico, enquanto as mulheres associaram ‘remédio’ como estratégia 10 vezes.

Grupo 6: representado pelas palavras-chave ‘Fé e Deus’ também obteve resultado significativo nesta pesquisa, pois foi manifesto pelos participantes 117 vezes. Destas, homens se referiram a “Fé e Deus” 19 vezes, enquanto mulheres, 98 vezes. Isso talvez possa ser explicado pelo fato de que os homens - por uma vertente cultural - se mostram mais racionais, (sobretudo os de idade avançada, os quais aleatoriamente se apresentaram nesta pesquisa, uma vez que não foram selecionados por suas idades). Cetolin (2011), traz reflexões relativas a questão de gênero e explicita que o conceito gênero é construído e estabelecido a partir das relações sociais, sendo assim considerado uma categoria relacional. Assim, gênero é um conceito usado na diferenciação dos papéis sociais de masculino e feminino, sendo as desigualdades, a partir desta visão um processo histórico construído e legitimado pela sociedade e não determinantes das diferenças biológicas entre ambos.

Através desses resultados foi possível observar em relação as categorias elencadas, que os homens utilizaram as palavras-chave deste grupo ‘Fé e Deus’ na categoria Sentimentos e Sensações 5 vezes, enquanto as mulheres 55 vezes. Na categoria Diagnóstico os homens não citaram estas duas palavras, o que possibilita depreender o fato de serem culturalmente mais lógicos do que emocionais, enquanto as mulheres citaram 9 vezes; e na categoria Estratégias de Enfrentamento os homens mencionaram as palavras-

chave deste grupo 13 vezes, enquanto as mulheres, 31 vezes relataram associar a fé e a figura de Deus como estratégia neste processo, o que representa a disparidade de perspectivas entre os sexos frente a acontecimentos semelhantes, neste caso o sintoma, diagnóstico e tratamento oncológico. O estudo sobre envolvimento religioso e fatores sociodemográficos destaca que, de maneira semelhante a estudos realizados em outros países, os maiores níveis de religiosidade vão ao encontro de maior idade (cronológica) e do sexo feminino (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010).

Grupo 8: na categoria Ambientes e Relações os homens referiram ao trabalho 9 vezes, enquanto as mulheres 2 vezes. Na categoria diagnóstico esta palavra-chave foi utilizada 10 vezes pelos homens e 6 vezes pelas mulheres, no entanto a mesma palavra na categoria Estratégia obteve maior distanciamento nos escores entre homens e mulheres, uma vez que os homens entendem o trabalho como estratégia de enfrentamento 6 vezes enquanto as mulheres 17 vezes.

Grupo 14: a palavra ‘Família’ também obteve destaque em sua pontuação final atingindo um total de 116 citações e neste aspecto os discursos entre homens e mulheres não apresentaram diferença significativa nas categorias elencadas.

De modo geral, as mulheres utilizaram ‘morrer’ no Grupo 2, enquanto os homens não expressaram este pensamento. As mulheres no Grupo 4 anunciaram a palavra ‘mal’ em seus discursos relacionando-a a Sentimentos e Sensações, isso ocorreu 21 vezes, enquanto com os homens a mesma palavra foi citada 9 vezes e referindo-se ao sintoma. Os homens também citaram menos vezes as palavras descritas no grupo 5 ‘nódulo, tumor, câncer, médico’: eles mencionaram 87 vezes tais palavras no sentido da doença, enquanto as mulheres de forma mais aberta as mencionaram 155 vezes.

Os demais grupos com suas respectivas palavras-chave não apresentaram diferenças significativas entre si e entre gêneros.

No que diz respeito às diferenças entre homens e mulheres em oncologia o estudo intitulado: “Atender um homem é diferente de atender uma mulher, concepções de psicólogos sobre o atendimento do homem com câncer”, destaca que homens e mulheres têm especificidades a serem reconhecidas e atendidas pelos profissionais de saúde, e foi isso que os discursos dos psicólogos entrevistados no estudo indicaram. Para eles, o sentimento de medo e vergonha não é incomum entre os homens, o que acaba por contribuir para as dificuldades de adesão e vinculação aos atendimentos e ações propostas pelo serviço de psicologia. Consoante a outros estudos já citados anteriormente, este também descreve que comparados as mulheres os homens apresentam menor demanda

espontânea inclusive no que diz respeito a assistência psicológica, exceto pelos casos de adoecimento avançado ou ainda por imposição da equipe de saúde ou familiares. Diante disso, o estudo ainda encontrou que é quase inexistente a atividade voltada para o público masculino nestes serviços (psicologia, oncologia e serviços de saúde), já para o caso das mulheres com câncer as ações não são raras. (MARTINS, et al., 2011).

Numa tentativa de síntese a partir do conjunto de dados analisados observa-se que as mulheres foram mais intensas em suas descrições acerca da doença, do adoecimento, dos sintomas, diagnóstico e tratamento, pois dentre todas as 1.106 palavras mais citadas, elas se valeram destas 646 vezes (58,4%), enquanto que os homens utilizaram 460 (41,6%) destas mesmas palavras.

Em prosseguimento a essa perspectiva de apresentação dos dados é pertinente destacar que as dez palavras mais proferidas pelos participantes quando da coleta de dados o foram 817 vezes (73,8%). São elas: bem (141 vezes); médico (132 vezes); família (110 vezes); Deus (90 vezes); câncer (76 vezes); trabalho (66 vezes); dor (63 vezes); amigo (52 vezes); bom (48 vezes); e doença (39 vezes). Cinco destas palavras têm conotação positiva (bem, família, Deus, amigo e bom); três têm conotação negativa (câncer, dor e doença) e duas apresentam neutralidade de conotação (trabalho e médico).

Por fim, a palavra mais proferida pelas mulheres foi “bem” (90 vezes), seguida de “Deus” (74 vezes) e de “médico” (68 vezes). Os homens utilizaram mais a palavra “médico” (51 vezes), seguida de “família” (52 vezes) e de bem (51 vezes). Entre ambos, uma palavra é neutra (médico) e três são carregadas de conteúdos positivos (bem, Deus e família). Depreende-se deste fato que há esperança, há apoio, e há perspectivas positivas nos meandros de vivências impregnadas de medo e sofrimento de pacientes oncológicos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente as constatações que justificam a importância na produção do conhecimento, o estudo ora apresentado teve como objetivo avaliar a percepção do paciente oncológico acerca de sua saúde e de seu ambiente extenso no período entre sintoma, diagnóstico e tratamento. Assim, foi possível concluir de maneira importante que em relação a sua saúde, os participantes demonstraram inicialmente associar o sintoma da dor como “sinal de alerta” em relação à sua saúde. Acontecimento que como forma única de atenção nem sempre se mostra eficiente, haja vista que sensações como “tontura, enjoo, diarreia” citadas pelos participantes também se mostraram como alterações importantes do funcionamento do organismo as quais já sinalizavam a necessidade de zelo. Também foi possível verificar em alguns casos, que o paciente tinha em si uma “certeza” de que o sintoma se tratava de uma doença grave, apesar de as consultas médicas e exames não predizerem tal possibilidade. Ante a isso, pode-se definir então que as duas situações que descrevem a percepção do paciente acerca de sua saúde se apresentaram de forma polarizada neste estudo, ou seja, a percepção de “relativizar” o sintoma, bem como de “supervalorizá-lo”.

Ainda foi possível concluir que diante da identificação do sintoma, da confirmação do diagnóstico de câncer e o início do tratamento, se tornam inevitáveis as transformações nos aspectos gerais da vida do paciente, o que incluem mudanças significativas e muitas vezes bruscas nos ambientes social, de trabalho e familiar, pois a partir destes momentos, se tornam inevitáveis as modificações em suas rotinas, seus comportamentos e destinos, bem como em seus modos de pensar, agir e acreditar. Tais transformações, em geral, se dão associadas ao fato de a doença vir acompanhada de um estigma de morte, coagindo o paciente a “recalcular sua rota”, bem como suscitam sentimentos e sensações como insegurança, angústia e medo. Nomeadamente ao ambiente social, está o fato de os pacientes terem de mudar seus hábitos em virtude do tratamento, fazendo com que venham a perder o interesse que habitualmente tinham em momentos de lazer; apesar disso, eles relatam como fundamental a permanência e compreensão dos amigos neste processo de enfrentamento da doença.

No ambiente familiar ficou evidente o quanto as relações se amplificam a partir do diagnóstico. Destaque também ao fato de apesar da boa relação familiar (de maneira mais ampla), os pacientes elegerem alguém com quem possam contar de maneira mais próxima; no entanto, essa proximidade não necessariamente se mostrou no plano física, mas sim emocional, no sentido de confiança e conforto.

No aspecto ambiente de trabalho ficou evidente que os pacientes sentem o rompimento/afastamento, seja temporário ou permanente como uma perda, e talvez a intensidade deste sentimento se dê em virtude de a doença muitas vezes não apresentar ao paciente opção de escolha, somente a necessidade de cuidados mais específicos. Como mecanismo de enfrentamento pode-se concluir que utilizam a fé, a negação e a busca (procura por alternativas) de forma mais expressiva.

A avaliação dos resultados, possibilita observar que os objetivos deste estudo foram alcançados e para além disso poderão contribuir de maneira significativa aos que têm alguma relação com o câncer, sejam eles pacientes, familiares, mas principalmente profissionais de saúde, tendo em vista a brevidade da história da psico-oncologia e o quanto o acesso a ela na prática ainda nos dias atuais se mostra distante; paralelo a isso, o número escasso, porém em crescimento de estudos realizados na área. O número de pessoas acometidas pelo câncer também justificam estudos de maior aprofundamento na área, uma vez que já é conhecido por meio do conhecimento produzido em psicossomática e psiconeuroimunologia que não somente o biológico reflete no emocional, mas também o quanto o emocional demonstra influência nos aspectos biológicos. A psico-oncologia surge então como possibilidade à necessidade emergencial de atender os aspectos emocionais frente ao câncer, seja no período da descoberta do sintoma, da confirmação do diagnóstico, durante o tratamento, ou ainda quando a possibilidade de cura não é mais possível e neste sentido, a vivência do mestrado veio a impactar também a carreira profissional da pesquisadora, onde como psicóloga e mestre em saúde e ambiente teve seu olhar ampliado, mais atento, sensível e humanizado às questões relacionadas à saúde e aos ambientes (social, familiar e de trabalho) do paciente que sofre de uma doença como o câncer.

As evidências destacam que a união da psicologia e da oncologia tem sido avaliada como algo favorável, aumentando a sobrevida, a possibilidade de escolhas reais, a qualidade de vida e o fortalecimento emocional até mesmo nos casos de terminalidade. Neste sentido sugere-se cada vez mais pesquisas em busca do avanço de dados a respeito da relação de apoio psicológico ao paciente com câncer.

Por fim, neste estudo, o diagnóstico foi descrito pelos pacientes como o período mais difícil de enfrentar (em comparação ao sintoma e o tratamento), porém, diante da subjetividade humana isso não é protocolo, o que demonstra o quanto o profissional de saúde deve estar atento. Ansiedade, medo, insegurança, incerteza, estranheza, receio de mutilação, amargura, rancor, estresse, angústia, apreensão, ressentimento, aspectos corriqueiros ao paciente oncológico, por sua vez afirmam a importância do acompanhamento de um profissional que disponha de tempo (o que muitas vezes os profissionais que mantêm mais contato com o paciente oncológico como médicos e enfermeiros não têm) e conhecimentos especializados.

Neste caso, o psicólogo oncologista é o profissional capacitado para auxiliar e contribuir com a ocorrência de bem-estar, pois como este estudo evidenciou, as questões emocionais apresentadas não foram de menor valor mesmo que ainda comparadas por exemplo a algo que os participantes julgam significativo como a dor física.

A produção de conhecimento ora proposto requer uma perspectiva interdisciplinar. Sobre esta possibilidade observa-se que a interdisciplinaridade não está definida ou acabada, sendo preciso "construí-la". No contexto da saúde de pacientes oncológicos, esta construção é papel da equipe que compartilha seus diferentes conhecimentos numa condição de reformulação dos saberes, o que tende a resultar na reorganização da equipe de saúde (CASTRO; BARRETO, 2015). Algumas equipes são denominadas multidisciplinares, no entanto, por algum motivo, não contam com o apoio profissional de um psicólogo. Neste estudo, a perspectiva interdisciplinar foi ordenadora da investigação, pois em essência o tema abarca muitas dimensões que não se restringem apenas a uma área de conhecimento e o psicólogo oncologista deverá estar preparado (em termos de conhecimento teórico e prático) para atuar.

À consecução dos objetivos desse estudo ao longo do processo de pesquisar algumas limitações foram vivenciadas. Estas estiveram relacionadas ao acesso aos pacientes em tratamento; ao fato de concentrar a coleta de dados em uma única clínica de tratamento oncológico, uma vez que o hospital referência em oncologia da região faz muitas objeções à coleta de dados junto aos seus pacientes; a necessidade de afastar o acompanhante do paciente no momento de realização da entrevista (alguns se negaram a deixar o paciente sozinho com a pesquisadora); e a debilidade de alguns pacientes que, apesar de manifestarem vontade em conceder a entrevista estavam tão frágeis ao ponto disto poder contaminar os dados, sendo portanto, dissuadidos pela pesquisadora.

Este estudo produziu respostas a algumas questões norteadoras. Todavia, outras permanecem sob a perspectiva de realização de futuros estudos que possam sustentar mais consistentemente os achados. Por exemplo, estudos que tratem da importância do suporte emocional especializado a pacientes em tratamento oncológico; que avaliem a sobrecarga emocional para o paciente oncológico quanto a necessidade de atenção constante de cuidadores formais e informais; que ampliem a perspectiva sobre o momento da descoberta do sintoma; que analisem a autoestima destes pacientes e a favorabilidade desta ao tratamento; ou ainda a influência da depressão e da fadiga ao bem-estar e à esperança de pacientes oncológicos.

E, para finalizar este estudo – embora ele não se encerra aqui - toma-se emprestadas as palavras de Ana Claudia Quintana Arantes, no livro “A morte é um dia que vale a pena viver” (2016): “Desejar ver a vida de outra forma, seguir outro caminho... pois a vida é breve e precisa de valor, sentido e significado. E a morte é um excelente motivo para buscar um novo olhar para a vida.”

REFERÊNCIAS

- ALABAS, O. A.; TASHANI, O. A.; JOHNSON, M. I. **Gender role expectations of pain mediate sex differences in cold pain responses in healthy Libyans**. European Journal of Pain, 2012, 16.2: 300-311. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ejpain.2011.05.012>. Acesso em 02 fev. 2018.
- ALVES, G. S.; VIANA, J. A.; SOUZA, M. F. S.. **Psico-Oncologia: uma aliada no tratamento de câncer**. Pretextos-Revistada Graduação em Psicologia da PUC Minas, v. 3, n. 5, p. 520-537, 2018.
- ANDERSEN, H. **Collaboration, interdisciplinarity, and the epistemology of contemporary science**. Studies in History and Philosophy of Science, v. 56, p. 1-10, 2016.
- ANGERAMI - CAMON, V. A. **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Editora Thomson, 2002. 225 p.
- ARANTES, A. C. L. Q. Dor e câncer. In: CARVALHO et al., **Temas em psico-oncologia**. São Paulo, Ed Summus, 2008.
- BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S/A, 2003. 176 p.
- BARDIM, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2004.
- BATISTA, D. R.R.; MATTOS, M.; SILVA, S. F. **Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento**. Revista de Enfermagem da UFSM, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 499 - 510, out. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15709>>. Acesso em: 22 fev. 2018.
- BAUER, M. E. **Como os fatores psicológicos influenciam o surgimento e progressão do câncer**. Rev. Bras. Oncologia Clínica, v. 1, n. 1, p. 33-40, 2004.
- BERNAT, A. B. R.; PEREIRA, D. R.; SWINERD, M. M. Um olhar sobre os aspectos relevantes que envolvem o sofrimento psíquico do paciente oncológico. In: BERNAT, A. B. R.; PEREIRA, D. R.; SWINERD, M. **Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico?** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Hospital do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Cap. 16, p.133-138.
- BIFULCO, V. A. Psico-oncologia: Apoio emocional para o paciente, a família e a equipe no enfrentamento do câncer. In: BIFULCO, V. A.; FERNANDES JÚNIOR, H. J.; BARBOSA, A. B. **Câncer: uma visão multiprofissional**. Barueri, SP: Minha editora, 2010. Cap.11, p. 231-244..
- BORGES DE LIMA, J.; ARAUJO, T. C. C. F. **Avaliação de resiliência: Um estudo exploratório com pacientes oncológicos**. Psicologia Argumento, v. 30, n. 68, nov. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20357/19629>>. Acesso em: 14 fev. 2018.

CABRAL, G. K. A. et al. **A comunicação em pacientes oncológicos submetidos à laringectomia total.** Revista da SBPH, v. 20, n. 2, p. 45-65, 2017.

CAMPOS, E. M. P. **A Psico-Oncologia: uma nova visão do câncer - Uma trajetória.** 2010. Tese (Livre Docência em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, University of São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/47/tde-05072012-212628/>>. Acesso em 12 abr. 2018.

CAPONERO, R. **Biologia do Câncer.** In: CARVALHO et al., Temas em psico-oncologia. São Paulo, Ed Summus, 2008.

CARVALHO, M. M. **Psico-oncologia: história, características e desafios.** Psicol. USP, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 mai. 2016.

CASTRO, E. K.; BARRETO, S. M. **Crêterios de Médicos Oncologistas para Encaminhamento Psicológico em Cuidados Paliativos.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 35, n. 1, p. 69-82, mar. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-989320150001000069&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 mai. 2016.

CETOLIN, S. F. **Relações de gênero: afirmações e desafios nas áreas social e da saúde.** Rio de Janeiro: Livre expressão, 2011. 225p.

CORRAL-VERDUGO, V. **Psicologia Ambiental: objeto, "realidades" sócio-físicas e visões culturais de interações ambiente-comportamento.** Psicol. USP, São Paulo, v. 16, n. 1-2, p. 71-87, 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772005000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 dez. 2018.

COSTA JUNIOR, Á. L. **O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 21, n. 2, p. 36-43, jun. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 mai. 2016.

COSTA-JUNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. **Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde.** Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 25, n. 1, p. 55-63, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 fev. 2018.

DAS NEVES, F. B. et al. **Contradictory decisions: reasons that lead the family caregiver to omit cancer diagnosis.** Journal of Nursing UFPE on line, v. 11, n. 2, p. 591-600, jan. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11978>>. Acesso em 12 abr. 2018.

DECAT, C. S.; ARAÚJO, T. C. C. F. **Psico-oncologia: apontamentos sobre a evolução histórica de um campo interdisciplinar.** Brasília méd.v.47(1),abr.2010. Disponível em: <http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/16_artigo_especial_psico-oncologia.pdf>. Acesso em 14 set. 2016.

DECAT, C. S.; LAROS, J. A.; ARAUJO, T. C. C. F. **Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos.** Psico-USf, 2009, v.14, n. 3: p. 253-260. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401036076002>> Acesso em 21 nov. 2017.

DELGADO-GUAY, M. O. et al. **Spirituality, religiosity, and spiritual pain among caregivers of patients with advanced cancer.** American Journal of Hospice and Palliative Medicine, v.30, n.5, pp.455-461. 2013. Disponível em:
<<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049909112458030?journalCode=ajhb#articleCitationDownloadContainer>>. Acesso em:10 dez. 2017.

DUARTE, I. V.; RODICZ, A. M. **Depressão em oncologia: Um olhar da psicologia.** Psicologia Argumento, v. 31, n. 75, nov. 2013. Disponível em:
<<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20575/19821>>. Acesso em: 27 dez. 2017.

ESPALLARGAS, D. B. **A mulher e o câncer:** a vida após diagnóstico e tratamento oncológico. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, University of São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em:
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-22022016-150104/en.php>. Acesso em: 2018-04-13.

FARINHAS, G. V.; WENDLING, Ma. I.; DELLAZZANA-ZANON, L. L. **Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador.** Pensando famílias, v. 17, n. 2, p. 111-129, 2013.

FELDMAN, R. S. **Introdução à psicologia.** 10. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015. 704 p.

FIGUEIREDO, T. et al. **Como posso ajudar? Sentimentos e experiências do familiar cuidador de pacientes oncológicos.** ABCS Health Sciences, v. 42, n. 1, 2017.

FLICK, U.; von KARDORFF, E.; STEINKE, I. Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: FLICK, U.; von KARDORFF, E.; STEINKE, I. (Orgs.). **Qualitative Forschung: Ein Handbuch.** Reinbek: Rowohlt, 2000. p. 13-29.

FONSECA, A. A. et al. **Percepções e enfrentamentos de mulheres com câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento.** Electronic Journal Collection Health. Vol. Sup. 5, p. 222-229. 2017, https://www.acervosaude.com.br/doc/S-9_2017.pdf . Acesso em 14 fev. 2017.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.** Cad saúde pública, v. 24, n. 1, p. 17- 27, 2008.

GARCIA, A. L.; PRADO, J. M. V. **Retorno al trabajo tras cáncer de mama.** Med. segur. trab., Madrid , v. 63, n. 246, p. 51-67, marzo 2017. Disponível em:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000100051&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 16 fev. 2018.

GARCIA, T. A.; DAIUTO, P. R. **A paciente com câncer de mama e as fases do luto pela doença adquirida.** Revista Uningá Review, [S.l.], v. 28, n. 1, jan. 2018. Disponível em:
<<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1841>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

GAZZOTTI, M. R. et al . **Functional Assessment of Cancer Therapy-Brain questionnaire: translation and linguistic adaptation to Brazilian Portuguese**. Sao Paulo Med. J., São Paulo, v. 129, n. 4, p. 230-235, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802011000400006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 13 mai. 2016.

GOBATTO, C. A.; ARAUJO, T. C. C. F. **Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 52- 63, jun. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 abr. 2018

GOBATTO, C. A.; ARAUJO, T. C. C. F. **Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde**. Psicologia USP. v. 24, n. 1, p.11-34. 2013. Disponível em:<<http://ucsj.redalyc.org/articulo.oa?id=305128931002>> Acesso em 14 nov. 2017.

GOMES, K. F.; SIQUEIRA, A. C.; ZANDONADI, A. C. **Recursos de enfrentamento no percurso da doença oncológica**. Revista Farol, v. 3, n. 3, p. 64-79, 2017.

GRANDIZOLI, M. V. et al. **Indicadores de esperança, ansiedade e depressão de pacientes em tratamento oncológico**. Arquivos de Ciências da Saúde, v. 24, n. 3, p. 65-70, out. 2017. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/718>>. Acesso em 13 mar. 2018.

HARTMANN, A. et al. **Coping et changement face au cancer du sein: le point de vue des patients et de leurs accompagnants**. Pratiques psychologiques, v. 13, n. 2, p. 169-183, 2007.

HOPMAN, P.; RIJKEN, M. **Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping**. Psycho-Oncology, v. 24, n. 1, p. 11-18, 2015.

KOIFMAN, Sergio; HATAGIMA, Ana. Exposição aos agrotóxicos e câncer ambiental. **É veneno ou é remédio**, p. 75-99, 2003. Acesso em 23 mai. 2018. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cap_04_veneno_ou_remedio.pdf

HULBERT-WILLIAMS, N. J.; STOREY, L.; WILSON, K. G. **Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy**. European Journal of Cancer Care, v. 24, n. 1, p. 15-27, 2015.

INFANTE, A. C. S. **Iatrogenic cancer pain and its prevention**. Rev. dor, São Paulo , v. 12, n. 1, p. 35-38, mar 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000100012&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 13 mai. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estados@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc>>. Acesso em 21 jul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa nacional de saúde : 2013 : percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas : Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 180 p.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER – INCA. **Estimativa 2016. Incidência de Câncer**

no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>> Acesso em 15 ago. 2016.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Estimativas de Câncer no Brasil.** Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/home/> Acesso em 14 set. 2016.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. et al. **Social support perceived by cancer patients and its relation with social and demographic characteristics.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 31-38, mar 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000100031&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 13 mai. 2016.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer:** o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

LANGARO, F.; PRETTO, Z.; CIRELLI, B. G. **Câncer e o sujeito em psicoterapia: horizontes de trabalho na perspectiva existencialista de Jean-Paul Sartre.** Psicol. clin., Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 127-146, dez. 2012. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652012000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 mai. 2016.

LIONE, F. R. **Dor: aspectos médicos e psicológicos.** In: CARVALHO et al., **Temas em psico-oncologia.** São Paulo, Ed Summus, 2008.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós – estruturalista**
Guacira Lopes Louro - Petrópolis, RJ, Vozes, 1997. p. 14-36. Disponível em:https://www.mp.ba.gov.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-das-mulheres/artigostesesdissertacoes/questoes_de_genero/guacira_lopes_genero_26_ago_15.pdf. Acesso em 04 jun.2018.

MACHADO, M. X.; SOARES, D. A.; OLIVEIRA, S. B. **Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico.** Physis, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 433-451, jul. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300433&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 mar. 2018.

MALUF, M.F. M.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. **O impacto psicológico do câncer de mama.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 51, n. 2, p. 149-154, 2005.

MARTINS, A. M. et al. **“Atender um homem é diferente de atender uma mulher”: concepções de psicólogos sobre o atendimento ao homem com câncer.** In: Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, n.8., Curitiba, 2011. Anais eletrônicos... Curitiba: Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 2011. p. 61. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16172>. Acesso em 14 fev. 2018.

MENDONÇA, D. et al. **Fatores psicológicos relacionados ao câncer.** REVISTA UNINGÁ, v. 26, n. 1, nov. 2017. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/910>>. Acesso em 13 abr. 2018.

MESQUITA, A.C. et al. **La utilización del enfrentamiento religioso/ espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. mar.-abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-

0539.pdf.

Acesso em 14 jan. 2018.

MELLO-SANTOS, C; SILVA P. A. **Reação de ajustamento em oncologia**; In: CARVALHO et al., Temas em psico-oncologia. São Paulo, Ed Summus, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 2014. **Morbidades hospitalares 2014**. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em 11 mai. 2016.

MONTEIRO, S.; LANG, C. S. **Acompanhamento psicológico ao cuidador familiar de paciente oncológico**. Psicologia Argumento, v. 33, n. 83, nov. 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19821/19123>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al . **Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil**. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 37, n. 1, p. 12-15, Jan. 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 fev. 2018.

MOSER, G. **Psicologia Ambiental**. Estud. psicol. (Natal) , Natal, v. 3, n. 1, p. 121-130, junho de 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 dez. 2018.

NEME, C. M. B. **Psico-oncologia: caminhos e perspectivas**. São Paulo: Summus Editorial Ltda, 2010. 287p.

OLIVEIRA-ARRIEIRA, I. C. et al. **El sentido de la espiritualidad en la fugacidad de la vida**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, México. v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127749356012>. Acesso em 10 dez 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Sensibilizando sobre o assédio psicológico no trabalho**. Genebra, 2004 (Série Proteção a Saúde dos Trabalhadores, n. 4).

PEÇANHA, D. L. N. **Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença**. In: CARVALHO et al., Temas em psico-oncologia. São Paulo, Ed Summus, 2008.

PEREIRA, Ana Rafaela Teixeira. **A psicologia contra o cancro: a prática do Psicólogo Clínico no contexto da psico-oncologia**. 2015. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusíada do Porto. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação. 2015. f.135.

PERRONE, F.; GALLO, C. **Le dolenti note. La tossicità finanziaria del paziente oncologico**. Recenti Progressi in Medicina, v. 107, n. 12, p. 619-621, 2016.

PHILIPPI JÚNIOR, A., SILVA NETO, A. J. **Interdisciplinaridade em Ciência, Tecnologia & Inovação**. Barueri: Manole, 2011.

PUNTES SILVA, Y. M.; BARBOSA, S. C. U.; PEDRAZA, R. S. **Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama**. Av. Psicol. Latinoam., Bogotá, v. 33, n. 3, p. 481-495, Sept. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242015000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 dez. 2017.

RABASQUINHO, C.; PEREIRA, H. M. **Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica**. Análise Psicológica, 2007, 439-454. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/112/1/AP%2025%283%29%20439-454.pdf>. Acesso em 02 fev. 2018.

RAMOS, R.S. et al. **O perfil dos pacientes estomizados com diagnóstico primário de câncer de reto em acompanhamento em programa de reabilitação**. Cad. saúde colet. v. 20, n. 3, 2012.

ROCHA, L. F. et al. **Equivalência semântica da versão em português do instrumento Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) para avaliar sintomas em pacientes oncológicos**. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, v. 19, n. 2, p. 83-91, 2017.

ROJAS, Octavio et al. **Psicooncología en el hospital general. Alcances en depresión y cáncer**. Revista Médica Clínica Las Condes, v. 28, n. 3, p. 450-459, 2017.

ROS ROMERO, J. L. **Implicación de la espiritualidad en la resiliencia y en la calidad de vida de pacientes oncológicos**. 2017. Tese (doutorado) – Universitá Caólica de Murcia. Programa de Doctorado Ciencias Sociales y de la Salud. 2017. f.342.

SALCI, M. A.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. **Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de cancer**. Rev. Enferm. UERJ, v.17, n. 1, p. 46-51. 2009.

SALIMENA, A. M. O. et al. **Mulheres enfrentando o câncer de mama**. Revista Mineira de Enfermagem, v. 16, n. 3, p. 339-347, 2012.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. Physis, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

Sant'Anna Decat, Cristiane, Arie Laros, Jacob, Cavalcanti Ferreira de Araujo, Tereza Cristina, Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. Psico-USF [en linea] 2009, 14 Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401036076002>> Acesso em 12 abr 2018.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. **O conceito de saúde**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 out. 2016.

SIEGEL, B. **O que os médicos precisam saber**. Advances, v. 13, n. 1, 1997.

SILVA, C. N. **Como o câncer (des)estrutura a família**. São Paulo: Anna Blume, 2001.

SILVA, C. S. A, et al. C. **Psicologia e câncer: um olhar multidisciplinar**. Gep News, v.1, n.2,

pp. 64-68. abr./jun. 2017.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: UFSC, 2005. 138p.

SILVA, J. B. O. R. Conceito de saúde: um estudo entre profissionais e estudantes da área da saúde. **Saúde. Com.** v 4. n1, p.3-9. 2016.

SILVA, P. A.; MELLO-SANTOS, C. Reação de ajustamento em oncologia. In: CARVALHO et al., **Temas em psico-oncologia**. São Paulo, Ed Summus, 2008.

SILVA, V. C. E. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. 2005. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11052005-112949/en.php>. Acesso em 14 jan. 2018.

SOPILCA, A. S. M.; GARCÍA, A. A. **Emocionalidad del paciente hemato-oncológico en edad infantil y su círculo familiar desde una visión transformadora en el contexto recreacional**. Revista Electrónica Diálogos Educativos, v. 16, n. 32, p. 116-150, 2017.

SOUZA, GUSTAVO DOS SANTOS et al. **Presença de agrotóxicos na atmosfera e risco à saúde humana: uma discussão para a Vigilância em Saúde Ambiental**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 10, pp. 3269-3280. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.18342017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.18342017>. Acesso em 23 mai. 2018.

STANG, L. D. G.; GOMES, K. M. **A importância da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) no tratamento do paciente oncológico: uma revisão não sistemática**. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, v. 6, n. 2, 2018.

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

TAGLIAPIETRA, A. **La qualità della morte nel paziente oncologico terminale: una revisione della letteratura**. 2016. Tesi di Laurea. Università Degli Studi di Padova Scuola di Medicina e Chirurgia. Corso di Laurea in Infermieristica. 2016. f.63.

TAHA, H. et al. **“Voices of Fear and Safety” Women’s ambivalence towards breast cancer and breast health: a qualitative study from Jordan**. BMC women's health, v. 12, n. 1, p. 21, 2012.

TEIXEIRA, J. J. V. et al. **Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, 2008.

TURHAL, N. S. et al. **Changes in lifestyle upon diagnosis of cancer or other chronic illnesses: A Turkish Oncology Group study**. Journal of health psychology, v. 23, n. 4, p. 561-566, 2018.

TURNER III, D. W. **Qualitative interview design: A practical guide for novice investigators**. The qualitative report, v. 15, n. 3, p. 754, 2010.

VEIT, M. T.; CARVALHO, V. A. **Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer**. O mundo da saúde, v. 34, n. 4, p. 526-530, 2010. Disponível em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/526a530.pdf. Acesso em 09 mai. 2016.

VIROST, J. **Perdas necessárias**. 37.ed. São Paulo: Melhoramentos, 2010.

WHITAKER, K. L. et al. **Help seeking for cancer ‘alarm’ symptoms: a qualitative interview study of primary care patients in the UK.** Br J Gen Pract, v. 65, n. 631, p. 96-105, 2015.

XU, H. et al. **Interdisciplinary topics of information science: a study based on the terms interdisciplinarity index series.** Scientometrics, v. 106, n. 2, p. 583-601, 2016.

ZACARIAS, Elisa Ferrari Justulin; HIGUCHI, Maria Inês Gasparetto. **Relação pessoa-ambiente: caminhos para uma vida sustentável.** Interações (Campo Grande), Campo Grande, v. 18, n. 3, p. 121-129, Sept. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122017000300121&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 mai. 2018.

ZANELLI, J.C.; KANAN, L. A. **Fatores de risco e proteção psicossocial no trabalho: organizações que emancipam ou que matam.** Lages: Ed Uniplac. 2018. 160p.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

—
Eu, _____ residente e domiciliado
_____ portador da Carteira de
Identidade, RG _____, nascido(a) em ____/____/_____, concordo de livre e
espontânea vontade *em participar como voluntário* da pesquisa **DO SINTOMA AO
DIAGNÓSTICO: AMBIENTE E SAÚDE PERCEBIDOS PELO PACIENTE
ONCOLÓGICO**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os
eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo se refere a pesquisa em Mestrado de Ambiente e Saúde e tem como objetivo conhecer a percepção do paciente oncológico sobre sua saúde e sobre o ambiente onde está inserido, no intervalo de tempo entre o sintoma e o diagnóstico.
2. A importância da realização desta pesquisa dá-se ao se tratar de estudo científico que poderá contribuir para melhora da qualidade de vida e bem estar em pacientes oncológicos bem como subsidiar novos estudos relacionados a temática, conforme será descrito neste termo.
3. Participarão da pesquisa 34 pessoas, sendo estas, 17 do sexo masculino e 17 do sexo feminino. Para responder a pesquisa os participantes devem ter iniciado tratamento oncológico e no momento do estudo ainda devem estar em tratamento. A faixa etária pesquisada se dará acima dos 18 anos de idade, sem distinção de cor/raça/etnia/orientação sexual/identidade de gênero. Os participantes da pesquisa estarão necessariamente em tratamento oncológico na cidade

de Lages-SC e em local favorável ao sigilo e a ética em pesquisa com seres humanos a entrevista ocorrerá.

4. Para isso o sujeito ao responder a pesquisa, dependendo de suas condições internas (emocionais), poderá sentir-se desmotivado, sem vontade, não de acordo com os passos elencados nesta pesquisa; isso ocorrendo, poderá optar a qualquer momento não dar continuidade ao estudo. Considerando que toda pesquisa envolve riscos em diferentes graus, considera-se que o risco que poderá ocorrer ao responder esta pesquisa se dá ao tratar de questões emocionais ainda bastante latentes, talvez pouco elaboradas, onde poderá ocasionar ao participante crise leve de ansiedade manifestada através do choro, intercorrência a qual a pesquisadora, por ser psicóloga está habilitada a auxiliar. Se desenvolver algum transtorno emocional que demande mais cuidados como o transtorno de ansiedade por exemplo, o participante poderá ser encaminhado ao Serviço Escola de Psicologia da UNIPLAC, cujo atendimento será gratuito.

5. Com relação aos benefícios decorrentes deste estudo: os participantes não receberão quaisquer incentivos ou benefícios materiais ou financeiros. É importante descrever que por se tratar de um estudo científico, poderá servir de incentivo, motivação, para que outras pesquisas na área possam continuar ocorrendo. Por meio de sua realização será possível conhecer a percepção de pacientes oncológicos sobre sua saúde e o ambiente onde está inserido, no intervalo de tempo entre o sintoma e o diagnóstico. Como descrito anteriormente, o conhecimento decorrente desta pesquisa poderá subsidiar intervenções de profissionais da saúde e de familiares a respeito do necessário acolhimento, encaminhamento e acompanhamento de pacientes com suspeita de câncer.

6. Com relação aos critérios para a suspensão da pesquisa: A pesquisa será encerrada caso 08 pacientes homens ou 08 pacientes mulheres (50% amostra) não aceite participar do estudo.

7. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a profa. Dra. Lilia A. Kanan, responsável pela pesquisa, no telefone (49) 3251.11.45, ou no endereço Avenida Castelo Branco, 170. Bairro Universitário. Uniplac, Programa de Pós Graduação em Ambiente e Saúde- PPGAS .

8. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico, nem interferirá no meu tratamento médico.

9. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.

10. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa na Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC. Endereço vide rodapé desta folha.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Lages, _____ de _____ de _____

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Lilia A. Kanan

Endereço para contato: Av. Castelo Branco, 170 - UNIPLAC/Programa de Pós Graduação em Ambiente e Saúde- PPGAS

Telefone para contato: (49) 3251.11.45

E-mail: lilia.kanan@gmail.com

CEP UNIPLAC

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 – Bloco I - Sala 1226. Bairro Universitário. Cep: 88.509-900, Lages-SC. (49) 3251-1086 Email: cep@uniplaclages.edu.br e cepuniplac@gmail.com

APÊNDICE

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Sexo: Feminino (☐), Masculino (☐). Diagnóstico _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Formação: _____

Mora com quem? _____

Tem filhos (☐) sim (☐) não Moram contigo? (☐) sim (☐) não

Se sim, qual a idade deles? _____

Você tem ou pratica alguma religião? _____ Qual? _____

O que você costuma fazer em suas horas de lazer? _____

Você tem familiares próximos? _____

Se sim, você tem boas relações com seus familiares mais próximos? _____

Você tem amigos próximos, aqueles que vê ou fala toda semana? _____

Se sim, quantos são? _____

- 1) Como e onde se deu sua percepção sobre o sintoma?
- 2) No período decorrente entre sintoma e diagnóstico, quais os sentimentos, sensações que teve?
- 3) O que foi mais difícil para você entre o momento que suspeitava sofrer de câncer e o diagnóstico confirmando isto?
- 4) Consegue descrever como se sentiu com a formalização do diagnóstico?
- 5) Quais as transformações que ocorreram em sua vida e em seu ambiente a partir da descoberta do sintoma?
- 6) Qual a transformação que ocorreu em sua vida e em seu ambiente a partir do momento que recebeu o diagnóstico?
- 7) Onde buscou conforto?
- 8) Você utiliza alguma estratégia que acredita contribuir/ir ao encontro do tratamento oncológico que está realizando?
- 9) Você acredita que os amigos, bem como os familiares contribuem de alguma maneira em seu tratamento? Como?
- 10) No seu entendimento, o que mais lhe dá força para enfrentar o tratamento?
- 11) Hoje é dia _____. Onde você acredita que vai estar no dia _____, ou seja, daqui há um ano?