



PACIENTE ONCOLÓGICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATOS DE VIDA

ONCOLOGY PATIENT IN THE INTENSIVE CARE UNIT: LIFE STORIES

PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: HISTORIAS DE VIDA



10.56238/edimpecto2025.091-016

Jorge de Araújo Oliveira

Luís Fernando Barros Mourão

Tailana Santana Alves Leite de Sousa

Solange da Silva Marinho

Sireika Araújo Carvalho

Cíntia Maria de Souza

Lizyanne Souza Ribeiro

Aracelma Severiana Costa de Almeida e Almeida

RESUMO

O câncer pode ser descrito como um processo crônico que se desenvolve em várias etapas e é caracterizado por um crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. O tratamento para esta patologia depende do seu estadiamento, podendo ser cirúrgico, radioterápico ou medicamentoso, o acesso a cuidados de qualidade se torna a melhor opção. Esta pesquisa objetivou então conhecer a experiência de vida do paciente oncológico no Município de São Luís - MA. Esta temática, considerada de grande interesse para todos aqueles que trabalham na área da saúde, possui grande relevância social já que grandes números de pessoas encontram-se na situação de pacientes com câncer em fase terminal. A metodologia adotada foi a abordagem fenomenológica, qualitativa, com tipo de pesquisa história de vida que contou com a participação de 15 clientes do Instituto Aldenora Bello. Com os resultados obtidos neste estudo, foi possível conhecer sentimentos vivenciados, mudança de rotina diária e o apoio buscado pelos pacientes que receberam o diagnóstico de câncer. Foi possível constatar que a fase da descoberta requer sensibilidade e apoio por parte do profissional e família, pois é nessa fase que o paciente se encontra mais desprotegido, inseguro e aflito. Foi observado também que a família tem papel fundamental para a aceitação e recuperação do doente. A dor por sua vez foi fato presente nas falas, ilustrando a rotina difícil que o cliente enfrenta diariamente. A fé, retratada por todos os entrevistados, mostra-se como alicerce para enfrentamento



desta fase do tratamento, sendo neste caso, a única esperança de cura que o cliente pode se agarrar. Com o exposto, pode-se fazer reflexões para que nós, enquanto integrantes da equipe de saúde, possamos pesar o que é importante para o paciente nesta fase do tratamento, buscando melhorar nosso cuidado, priorizando para que este seja de qualidade, eficaz e humano.

Palavras-chave: História de Vida. Câncer. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Cancer can be described as a chronic process which develops in several stages and is characterized by an uncontrolled growth of cells that invade tissues and organs. Treatment for this condition depends on your staging and may be surgery, radiotherapy or drug, access to quality care becomes the best option. This research aimed to then know the experience of life of cancer patients in the city of Sao Luis - MA. This subject is considered of great interest to all those working in health, it has great social relevance since large numbers of people find themselves in the situation of patients with terminal cancer. The methodology adopted was the phenomenological qualitative approach, type of research life story that saw the participation of 15 clients Aldenora Bello Institute. With the results of this study, it was possible to experienced feelings, change of daily routine and support sought by patients who were diagnosed with cancer. It was found that the discovery phase requires sensitivity and support from professional and family as it is at this stage that the patient is more unprotected, insecure and anxious. It was also observed that the family plays a fundamental role for the acceptance and recovery of the patient. Pain in turn was actually present in the speeches, illustrating the difficult routine that the client faces daily. Faith, portrayed by all respondents, shows up as a foundation to face this phase of treatment, in which case, the only hope of cure that the client can grab. With the above, one can make reflections that we, as members of the health team, we can weigh what is important for the patient at this stage of treatment, seeking to improve our care, giving priority to make this quality, effective and humane.

Keywords: Life History. Cancer. Intensive Care Unit.

RESUMEN

El cáncer puede describirse como un proceso crónico que se desarrolla en varias etapas y se caracteriza por el crecimiento desordenado de células que invaden tejidos y órganos. El tratamiento para esta patología depende de su estadio y puede ser quirúrgico, radioterapéutico o farmacológico, siendo el acceso a una atención de calidad la mejor opción. Esta investigación tuvo como objetivo comprender las experiencias de vida de pacientes con cáncer en el municipio de São Luís, Maranhão. Este tema, considerado de gran interés para quienes trabajan en el ámbito sanitario, tiene gran relevancia social, ya que un gran número de personas se encuentran en fase terminal con cáncer. La metodología adoptada fue un enfoque fenomenológico y cualitativo, con un estilo de investigación de historia de vida, en el que participaron 15 pacientes del Instituto Aldenora Bello. Los resultados obtenidos en este estudio revelaron los sentimientos experimentados, los cambios en las rutinas diarias y el apoyo que buscan los pacientes diagnosticados con cáncer. Se evidenció que la fase de descubrimiento requiere sensibilidad y apoyo tanto del profesional como de la familia, ya que es durante esta fase cuando el paciente se siente más vulnerable, inseguro y angustiado. También se observó que la familia desempeña un papel fundamental en la aceptación y recuperación del paciente. El dolor, a su vez, fue frecuente en los testimonios, lo que ilustra la difícil rutina que enfrenta el paciente a diario. La fe, expresada por todos los entrevistados, se muestra como la base para afrontar esta fase del tratamiento, siendo, en este caso, la única esperanza de curación a la que el paciente puede aferrarse. Con base en lo anterior, podemos reflexionar sobre lo que es importante para el paciente en esta etapa del tratamiento, buscando mejorar nuestra atención, priorizando una atención de calidad, eficaz y humana.



Palabras clave: Historia de Vida. Câncer. Unidad de Cuidados Intensivos.

.

1 INTRODUÇÃO

Brasil (2012) afirma que, a palavra câncer vem do grego karkínos, que quer dizer caranguejo, e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 anos a. C. O câncer não é uma doença nova. O fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo.

Conforme o Instituto Nacional do Câncer INCA (2012) o CA é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo.

Ultimamente, os avanços nos cuidados dos pacientes com câncer possibilitaram maior probabilidade de controle ou cura da doença. Entretanto, os tratamentos mais agressivos como quimioterapia e cirurgia oncológica implicam diretamente na maior utilização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (LEITE MA, VILA VSC 2005).

A Sociedade Franco Brasileira de Oncologia (2011), diz que o câncer pode surgir em qualquer parte do corpo, mas alguns órgãos são mais afetados do que outros. Entre os mais afetados estão pulmão, mama, colo do útero, próstata, cólon e reto (intestino grosso), pele, estômago, esôfago, medula óssea (leucemias) e cavidade oral (boca). Cada órgão, por sua vez, pode ser afetado por tipos diferenciados de tumor, menos ou mais agressivos.

Brasil (2012) menciona que o número de casos de câncer cresce a cada ano. Para 2012/2013, a estimativa do INCA é a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer no Brasil. Ainda o mesmo autor ressalta que no Brasil, a mortalidade por neoplasias vem crescendo consideravelmente ao longo das últimas décadas, ao mesmo tempo em que diminuíram as mortes por doenças infectoparasitárias.

Este estudo identificou a relevância do tema pela importância epidemiológica de doenças crônicas, em especial o câncer (WHO, 2007), pela controvérsia no Brasil e no mundo a respeito da eutanásia e do suicídio assistido.

Com isso, Furtado (2006) relata que o CA é uma doença que traz consigo o estigma da morte, do sofrimento e da dor. Porém, ao contrário do que ocorria no passado, quando o portador de câncer era considerado apenas em termos de tempo de sobrevivência e tipos de tratamento disponíveis, hoje em dia, a preocupação é mais ampla, ou seja, é principalmente com a qualidade de vida destas pessoas.

O tratamento do CA pode ser feito através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. Em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade (INCA 2009).

Neste sentido, Figueiredo et al. (2009) afirma que o tratamento é bastante agressivo, pois afeta também as células saudáveis do indivíduo, provocando mudanças na imagem corporal do cliente, como perda de cabelo, paladar e a força física, mental e emocional.



Nesse contexto é de suma importância saber que, quando o cliente hospitalizado com câncer encontra-se em estado terminal, enfrenta ainda a situação de isolamento de seus familiares, e de seu meio social que poderiam ser o seu suporte para aceitar a doença e suas consequências com isso pode-se dizer que a enfermagem é quem está ao redor do paciente e cria um vínculo de conforto tentando confortá-lo e protegê-lo emocionalmente (SIMONOTTE 2006).

É necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimentos sobre fatores que agravam e aliviam os sentimentos desses pacientes oncológicos, para que seja possível o melhor cuidado de enfermagem. Assim é de fundamental importância que os enfermeiros deem assistências e avaliem esses pacientes realizando os sinais vitais com frequência, promovendo uma interação satisfatória entre o enfermeiro e o cliente oncológico.

O objetivo deste trabalho foi conhecer a experiência de vida do paciente oncológico na unidade de terapia intensiva. O despertar o pelo tema, foi de compreender como o paciente se sente em fase terminal e como enfermeiro deve prestar os cuidados a essas clientela e verificar quais os métodos utilizados.

A pesquisa caracterizou um método qualitativo descritivo, e foi feita no Instituto Aldenora Bello, na cidade de São Luís - MA. O tipo de estudo utilizado foi à história de vida de paciente oncológico em tratamento paliativo, adotado através do método monográfico, que caracteriza uma narração evidenciada de valores e padrões culturais.

Por conseguinte, os resultados obtidos se resumiram nas categorias: a descoberta e adaptação, os sentimentos, a família, a equipe de saúde, o silêncio, a dor e a esperança, que despertaram uma reflexão sobre como se deve lidar com pacientes oncológico em tratamento paliativo, em relação aos seus sentimentos, diante da sociedade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CÂNCER

A palavra câncer tem origem no grego, cujo significado é caranguejo. Este nome foi adotado porque as células doentes atacam e se infiltram nas células saudáveis assim como os movimentos dos tentáculos desse crustáceo (ONCOGUIA, 2010).

O câncer é um conjunto de doenças que tem em comum o surgimento de tumores malignos. A localização desses tumores e os aspectos múltiplos da doença, assim como o fato de não possuírem sintomas ou sinais específicos, podem levar a uma detecção tardia (INCA 2009).

O câncer ainda é descrito como um processo crônico que se desenvolve em várias etapas e é caracterizado por um crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Estas células, quando se dividem rapidamente, tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, formando tumores



malignos que podem se disseminar para outras regiões do corpo, processo este denominado de metástase (BRASIL, 2010).

Quando esse processo gera um acúmulo de células semelhantes com as do tecido original, chamado de tumor benigno. Nesse tipo de tumor, as células se multiplicam de forma vagarosa e raramente trarão risco de vida. Já nos tumores malignos há presença de células diferenciadas, através de mutação, e as mesmas se multiplicam velozmente e de forma desorganizada, sendo mais agressivas e de difícil controle devido a sua diferenciação das células normais do tecido (INCA 2009).

Apesar de inúmeras pesquisas sobre câncer, a etiologia dessa patologia é desconhecida (OTTO, apud MERCÊS & MARCELINO, 2004). Segundo o INCA (2009) fatores ambientais, hábitos e costumes, bem como, a carga genética pré-determinada podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais.

Smeltzer e Bare (2005) afirmam que para o diagnóstico da patologia dados como a história completa do cliente, o exame físico, e o conhecimento de sintomas suspeitos, são indispensáveis.

Para Silva (2006, p.63),

A presença de um câncer, a depender do tipo, localização e estadiamento, assim como seu tratamento, levam a alterações físicas, psicológicas e sociais, não só para o portador da neoplasia, mas também para as pessoas que convivem com ele. A importância e necessidade de uma equipe multidisciplinar, no acompanhamento de um paciente oncológico, é essencial na redução da morbi-mortalidade no câncer e na melhora da qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Segundo Sasse (2002), a oncologia tornou-se uma disciplina ampla e muito interessante, sendo auxiliada por várias especialidades, ou seja, multidisciplinares, pois envolve áreas diversas como: cirurgia, pediatria, patologia, radiologia, psiquiatria, nutrição, fisioterapia entre outras.

2.2 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

De todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. O envelhecimento traz mudanças nas células que aumentam a sua suscetibilidade a transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica, em parte, o porquê de o câncer ser mais frequente nesses indivíduos. Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos. Esses fatores atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células (INCA 2009).

A distribuição epidemiológica do câncer no Brasil sugere uma transição em andamento, envolvendo um aumento entre os tipos de câncer normalmente associados a alto status socioeconômico: câncer de mama, próstata e cólon e reto e, simultaneamente, a presença de taxas de incidência persistentemente elevadas de tumores geralmente associados com a pobreza (câncer de colo de útero, pênis, estômago e cavidade oral). Esta distribuição certamente resulta de exposição a um grande número de diferentes fatores de risco ambientais relacionados ao processo de industrialização – agentes químicos, físico e biológico – e de exposição a outros fatores relacionados às disparidades sociais. (KOIFMAN & KOIFMAN, 2003).

Anualmente são diagnosticados cerca de 6,4 milhões de casos de tumores malignos no mundo. Acredita-se que a natureza silenciosa das lesões e o atraso no diagnóstico são fatores importantes para o alto índice de doença avançada (SILVA et al., 2009).

Ainda segundo o INCA (2009) o surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer. A real causa do câncer é desconhecida, porém, sabe-se que existem fatores que podem favorecer o aparecimento da doença. Entre eles estão a hereditariedade; hábitos de vida, como fumo, má alimentação, alcoolismo, multiplicidade de parceiros sexuais, uso excessivo de medicamentos, exposições prolongada a radiação, entre outros. Podemos dizer que são raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese (INCA 2009).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde (MS) no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para prevenção e controle do câncer no Brasil, ações estas de assistência médica hospitalar, prestada direta e gratuitamente como uma das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), aos pacientes com câncer (BRASIL, 2010).

2.3 TRATAMENTO

Devido às formas de tratamento, o câncer leva, na maioria das vezes, a necessidade de internação e intervenção cirúrgica. Porém, não se deve esquecer que a hospitalização é uma vivência complicada para qualquer ser humano, pois gera angústia por estar em um ambiente estressante, onde até receber apoio é limitado. A presença do familiar é indispensável, entretanto envolve mudanças na rotina de toda a família (FAQUINELLO, HIGARASHI e MARCON, 2007).

Neste contexto, para o enfrentamento desta condição desafiadora que é a doença e a internação, surge a figura do acompanhante que representa, sobretudo, fonte de segurança e carinho, além do apoio necessário (FAQUINELLO, HIGARASHI e MARCON, 2007).

A forma de tratamento deve ter “metas realista” para cada tipo de câncer, considerando o grau e o estadiamento em que se encontra. Essas metas podem incluir a cura e tratamento para doenças oncológicas, segundo Smeltzer e Bare (2005) são:

- Cirúrgica: se o tumor é restrito a um órgão ou a apenas parte dele. Deve ser o método primário de tratamento, mas também é usado como paliativo. Em alguns casos a cirurgia, é também uma forma de diagnosticar a doença, nesse caso o material obtido no procedimento é analisado;
- Radioterapia: como foram mencionadas anteriormente as células cancerígenas se proliferam rapidamente, e o tratamento tem como função amenizar a reprodução frequente destas células e em alguns casos pode levar á cura total da doença. Pode atuar em conjunto com a quimioterapia;
- Quimioterapia: utiliza substâncias químicas para alterar a síntese de DNA e evita o desenvolvimento de metástase. Pode atuar combinada com a radioterapia ou com a cirurgia.

Segundo Smeltzer; Bare (2005), a quimioterapia é administrada para erradicar adisseminação micromestática e representa basicamente o uso de drogas ou medicamento para o tratamento do câncer.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O tipo de estudo caracterizou por história de vida que adotou uma abordagem fenomenológica, que exigiu um tratamento metodológico de natureza qualitativa descritiva.

Para Figueiredo (2008) a abordagem fenomenológica procura descrever, compreender e interpretar os fenômenos que apresentam a percepção com uma abordagem qualitativa.

Foi adotado o método de procedimento monográfico, que para Marconi e Lakatos (2009), consiste no estudo de determinados indivíduos, profissões, condições, instituições, grupos ou comunidades, com a finalidade de obter generalizações.

Teixeira (2005) diz que na pesquisa qualitativa o pesquisador procura reduzir a distância entre a teoria e os dados, entre o contexto e a ação, usando a lógica da análise fenomenológica, isto é, da compreensão dos fenômenos pela descrição e interpretação.

Marconi e Lakatos (2009) diz que a História de Vida refere-se a uma narração em torno de determinados fatos ou fenômenos, nos quais se evidenciam valores e padrões culturais. É uma técnica de coleta que pode complementar dados levantados.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no Instituto Aldenora Bello, no município de São Luís - MA, localizado ao norte do estado, pertencendo a mesorregião norte maranhense e á microrregião Aglomeração Urbana de São Luís.

De acordo com IBGE (2010), o município conta com uma área de 835 km² e população de 1.014.837 habitantes. É uma cidade histórica do centro-norte maranhense, fundada em 8 de setembro de 1612 com 400 anos possui uma rica cultura popular, entrelaçadas fortemente com bumba meu boi,



feita de tradição afro indígena, tambor de crioula, tambor de minas, considerada a capital da cultura em 2010.

O Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, Fundação Antonio Jorge Dino, instituto de referência no tratamento de câncer no Estado, situado na rua Seroa da Mota, nº 23 bairro do Monte Castelo em São Luís - MA, é um Centro de Alta Complexidade Oncológica. O único hospital de referência no tratamento de câncer no Maranhão foi credenciado após inaugurar os serviços de Braquiterapia de Alta Taxa de Dose, Sistema de Planejamento Conformacionado para Teleterapia e Serviço de Pronto Atendimento Oncológico.

O instituto conta com internação e cirurgias, acompanhamento médico e psicológico, confirmação diagnóstica, exame de radiografia convencional, tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética e recebe paciente em tratamento ambulatorial.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida com 15 pacientes em tratamento paliativo para o câncer no Instituto Aldenora Bello em São Luís – MA, que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da pesquisa aqueles que não aceitaram e nem assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os que não eram portadores de câncer e os que não estavam em tratamento.

O número de participantes foi definido utilizando o critério da saturação ou recorrência das informações obtidas, que, segundo Victora, Knauth e Hassen (2000), acontecem quando os dados coletados satisfazem os objetivos e não acrescenta mais nenhum dado novo à investigação.

3.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado o método de entrevista em que o sujeito possa falar livre e abertamente sobre sua história de vida. Adotou-se então um roteiro de entrevista composto por questões semiestruturadas (APENDICE A) dividido em duas partes sendo que a parte I caracterizaram o sujeito e a parte II, utilizada quando necessário, que serviu de incentivo ao entrevistado a falar mais de determinado assunto, que não tivesse falado ainda.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi priorizado um local que dispôs conforto e privacidade e que permitiu livre expressão do sujeito assim como total privacidade. As entrevistas foram gravadas em um aparelho celular, com a finalidade de reproduzir as respostas dadas pelos pacientes da forma mais fiel possível.

Segundo Jurema e Quaresma (2005), As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O



pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal.

3.5 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Foram agendadas datas para coleta de dados, que se realizou no mês de dezembro de 2015 pelo próprio autor da pesquisa, entre o período de 02 a 20 do corrente mês e ano, durante as visitas ao instituto.

3.6 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Após as entrevistas, os dados colhidos foram ouvidos atentamente e transcritos na íntegra sendo posteriormente categorizado de acordo com o objetivo proposto através do referencial de análise temática proposta por Minayo (2007) onde enfatiza que realizar a análise temática significa encontrar os “núcleos de sentido” que estão presentes em palavras, frases ou resumos.

Após encontrar as categorias foram analisadas e discutidas á luz do referencial teórico.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa foi realizada segundo os princípios e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, nos quais trata especificamente da responsabilidade do pesquisador na utilização dos dados que foram coletados por este estudo, incluindo a possibilidade de publicação, o que deverá sempre fazer de forma anônima e não identificada, garantindo, em tudo, a privacidade. Resolução 466/12 Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Ministério da Saúde (BRASIL 2004).

Cabe mencionar ainda que a Resolução 466/12 incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL 2004).

Foi apresentado então, ao sujeito da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde exigiu que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que incluísse necessariamente os seguintes aspectos: a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados na pesquisa, os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados, os métodos alternativos existentes e a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;

A pesquisa foi baseada no comitê de ética por se tratar de um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados.

Os clientes participantes do estudo foram assim identificados: P 01, P 02, P 03, P 04, P 05, P 06, P 07, P 08, P 09, P 10, P 11, P 12, P 13, P 14, P 15, com o objetivo de resguardar a identidade dos depoentes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões foram apresentados em duas partes: a primeira, constando da caracterização dos sujeitos, e a segunda, das categorias feitas de acordo com informações coletadas nos relatos de vida dos clientes entrevistados, onde os dados foram analisados de acordo com os fatores que influenciaram os sentimentos dos pacientes oncológicos em tratamento paliativos.

PARTE I – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

O estudo foi realizado com a colaboração de 15 clientes que são acompanhados no Instituto Aldenora Bello em São Luis do Maranhão, que tinham a faixa etária variando entre 15 e 81 anos, sendo 7 do sexo masculino e 8 do sexo feminino. Ao serem indagados sobre a profissão ou ocupação responderam: lavrador (a) (treze) e estudante (dois).

Quanto ao estado civil informaram: casado (seis); solteiro (sete); viúvo (um) e separado (um). Sobre o grau de escolaridade responderam: ensino médio completo (dois); ensino fundamental completo (cinco) e ensino fundamental incompleto (oito).

Os participantes informaram diferentes períodos de acompanhamento no Instituto Aldenora Bello: quatro anos (cinco); três anos (dois); um ano (dois); quatro meses (seis).

As categorias abaixo foram extraídas dos “relatos de vida” dos clientes oncológicos em tratamento paliativo do Instituto Aldenora Bello em São Luis do Maranhão, a partir das leituras, releituras, diferenciação e, reagrupamento das experiências vivenciadas pelos pacientes oncológicos em tratamento paliativo; baseado em seus relatos de vida construiu-se a operação de classificação de elementos construtivos de um conjunto.

Após esta fase emergiram sete categorias: Descoberta e adaptação do cliente quanto ao câncer, as histórias de vida revelam os sentimentos que surgiram nos colaboradores com câncer em fase terminal; Os relatos de vida nesta categoria apontam a importância da família, relatos de vida sobre a importância da equipe de saúde; nesta categoria pôde-se perceber que há momentos na vida que o silêncio fala ao coração e as emoções o que as palavras não sabem traduzir, a dor e a esperança.

PARTE II – Categoria identificadas

CATEGORIA 1 – Descoberta e adaptação do cliente quanto ao câncer.

Agruparam-se nesta categoria os relatos dos depoentes sobre a descoberta e adaptação do cliente em relação ao câncer em suas vidas. Sobre esta experiência referiram:

P 01: “No começo, a gente tem um abalo [...] passei o resto do dia chorando, mas quando eu encontrei esse carão eu não sabia o que era né?. Ai, como o passar do tempo ele foi crescendo passou muito tempo ele piqueninim, num fedia, não cheirava, não incomodava, então deixei ele, mais quando eu descobri que era, ai eu fiquei deprimido oh! Só que depois a ficha caiu.

P 07: “[...] Eu sou na minha num comento nada, por isso acho que estou nesse estado [...] fiquei muito agitada quando descobri [...]

P 10: “Quando eu descobri meu mundo caiu, chorei muito, mais tenho muita fé em Deus, que vai da tudo certo, né”? [...]

Pôde-se perceber através das falas dos colaboradores que a descoberta do câncer modifica a vida no âmbito físico, psíquico e social de qualquer pessoa, levando-a uma desmotivação para uma vida normal.

Os colaboradores revelam que, quando descobrem o câncer fica difícil se adaptar, pois essa nova fase de vida altera muito o mundo psicológico deixando-os deprimidos. Com isso, nessa fase de descoberta, o cliente merece uma atenção maior, humanização, holismo e apoio psicológico da equipe de saúde e da família, que é geralmente estão ao seu lado nesta nova etapa de sua vida.

Conforme estabelecido por Silva et al (2008), a descoberta do câncer provoca uma sensação de mudanças, enfrentando conflito emocional, psicológico e social, as expectativas de vida são abaladas pelos sentimentos de temor da experiência inesperadas que terão que viver.

A adaptação é uma resposta positiva a uma experiência que ao ser enfrentada, é facilitada pelo uso de mecanismos de enfrentamento reguladores e cognatos (GALBREATH, 2000).

Além das mudanças físicas esperadas na fase terminal, a experiência do adoecimento envolve vários aspectos que incluem problemas das demandas de ordem ética, social e psicológica. Na vida dos pacientes oncológicos, os desafios acontecem ao longo da própria adaptação da etapa que estão enfrentando e demonstrarem as condições da qualidade de vida atual. Conhecer a experiência de vida desses pacientes pode conduzir a cuidados que contribuam para uma assistência no processo de aceitação da doença e também da morte (ESPINOSA V.M & SANHUEZA A.O, 2010, P. 86).

CATEGORIA 2 – Os sentimentos que surgiram dos pacientes com câncer na UTI.

Agruparam-se nesta categoria as falas dos participantes sobre os sentimentos que surgiram com os depoentes com câncer durante suas vidas. As falas selecionadas para esta categoria abordam medo, angústia dor e esperança; sentimentos medem as situações vivenciadas e o significado atribuído a essa experiência, como segue:

P 03: “... eu fiquei no começo, com muito medo, medo de morrer mesmo ...”

P 08: “... Eu me sinto assim [...], um pouco triste mais tô levando já me conformei e em nome de Jesus vou ser curada...”

P 11: “...medo! Muito medo de morrer num durmo direito, tenho medo de dormir e acordar morta [...], meu cabelo começo já até cair tenho medo de ficar igual aquela muié da novela. Sabe?”

P14: “[...] sinto uma angústia tão grande, num gosto nem de lembrar que vou morrer com isso [...]”.

Nesta categoria os depoentes demonstram seus sentimentos, onde os mais encontrados foram: medo, angústia, morte, ressaltando ainda, que suas angústias são uma grande emoção destacada, pois

trouxeram aos pacientes o medo da morte no seio familiar, afetando sua estrutura e gerando sofrimento. Assim, as alterações provocadas pelos sentimentos destes pacientes, manifestam perdas de suas forças, diante da magnitude e do impacto dessa situação. O medo pode ocasionar um desequilíbrio na vida humana, levando a incerteza e insegurança. Nesse aspecto, o que se pode observar é que essa clientela relata susto e nervosismo diante desta situação.

Ao longo do tempo, a morte passou a ser vista como um tabu pela sociedade e as mortes ocorrem cada vez menos longe do contexto familiar, devido aos recursos para manutenção da vida oferecidos por instituições, deixando de ser um evento inerente à vida. Mas, é necessário manter e apoiar os processos familiares, combatendo o sofrimento, a angústia, a revolta, as desesperanças e o medo, como forma de auxiliar o paciente em sua transcendência (BORGES C.M ET AL 2011 P. 34).

Neste sentido Almeida (2001) diz que esse sentimento de incerteza deve ser compreendido e analisado de forma que possibilite a apreensão da complexidade que envolve o contexto da doença, tendo em vista as dificuldades no diagnóstico, na realização do tratamento e no enfrentamento dos sentimentos de impotência diante do sofrimento e da insegurança de cura que a própria doença transmite.

Como relata os depoentes, esse processo traz ainda o medo constante de sua recorrência, o que é elemento importante na vida desses pacientes, que influencia sua auto-organização e reformulação de sua visão de vida, assim como a expectativa de vivenciar um novo mundo.

Kubler-Ross e Kessler (2004) corroboram dizendo que ao trabalharem com pessoas com câncer, observam algumas reações desses indivíduos em relação a doença, como: afogar-se na autopiedade, na raiva ou no sentimento, até ser tarde demais; ou buscar ajuda, manter a doença em segredo, ou compartilhar sua luta com os entes queridos, dando-lhes a oportunidade de crescer e evoluir.

O paciente fora das possibilidades de cura esquivar-se para falar sobre sua condição de saúde, pois existe uma dificuldade para iniciar uma conversa que possa dar consciência do fim da vida e assim sugerir sentimentos de tristeza e angústia.

Categoria 3 – A importância da família dos pacientes com câncer na UTI.

Os seguintes depoimentos mostram a forma com que esses participantes associaram a suas relações familiares:

P01: “é muito boa, muito boa, eles não vem aqui porque é longe, mais eu falo com ele todo dia, todo dia eu falo com minha família, minha mãe, minha esposa, meus filhos, todo dia falo com eles é boa demais.”

P 05: “Eu quero é ir embora pra casa, me sinto incomodada aqui [...]”



P 12: “é uma emoção terrível né? a gente fica com falta de ver a família da gente e agora chegando o natal, quase num vejo meu povo [...] moço é tristeza, tu num sabe o tanto mais é levar a vida e beber os remédios.”

P 13: “[...] o povo vem me visitar mais só é uma horinha”.

P14: [...] meus fie nem me visita, se fosse por eles já tinha morrido, dou graça a Deus minha irmã que talvez sofre mais do que eu.

A partir das falas dos participantes é possível compreender que a família é um elo muito importante na vida do indivíduo, pois precisam de apoio e segurança da família. O apoio e união com os familiares são de fundamental importância, mesmo diante deste convívio que entristecem, ainda existem conflitos entre os acompanhantes e pacientes, (uns se acham dono da razão e acabam) gerando conflitos dentro do âmbito familiar.

A readaptação à nova realidade e a compreensão da busca pelo controle da situação, geradas pela doença, exigem que a família participe no processo de crescimento diante de cada nova experiência vivida (SILVA e CORREA, 2006).

Lugton (2007) afirma que em situações de crise, as pessoas necessitam ter assegurado o amor e o suporte emocional daqueles que estão próximos, no sentido de manter a própria identidade, o autor aponta a necessidade que esses pacientes referiram de confrontar sua própria mortalidade, no sentido de ajudá-las a enfrentar a incerteza do futuro.

A presença da família é muito importante durante a internação e tratamento, uma vez que diminui a solidão e o medo da hospitalização, tornando o ambiente familiar, e essencial para uma melhor recuperação dos pacientes.

A partir dos dados obtidos nesta pesquisa relacionada com o pensamento de Matos e Santos (2002), foi possível perceber o quanto a família é relevante neste processo de recuperação do paciente, já que este vai buscar sempre apoio e força nos parentes, principalmente nos momentos mais difíceis de sua vida.

Foi possível evidenciar através desta pesquisa que a família, socialmente percebida e incorporada por todos como a base de sustentação e apoio no que diz respeito ao desenvolvimento do indivíduo, assume o papel de provedora, de “grande mãe”, mesmo e, principalmente, em situações problemáticas, já que no caso, a forma como a família reagirá diante de um diagnóstico de câncer, terá significativa influência nas reações do paciente frente ao tratamento, na medida em que este absorverá a partir das relações com seus parentes o otimismo, a vontade de lutar, a perseverança expressa por estes ou a negatividade e a desesperança.

CATEGORIA 4 – A equipe de saúde como suporte na UTI.

Diante de alguns problemas, as falas abaixo revelam suas condições de assistência de saúde para melhoria da qualidade de vida dos participantes nesta fase:



P01: “... é bom demais [...], eu não tenho nada que me reclamar sobre aqui não, remédio tem, tem médico e as enfermeiras são legais de mais, tem umas que fecha a cara né? [...].”

P03: “Os médicos, os enfermeiro são ótimos de pessoa, são bacana com a gente [...]. É bom aqui pra mim to ótimo [...] pelo menos esses médicos que acompanha a gente aqui é muito bom, muito gentil e vem com muito carin com a gente e bota remédio mesmo.”

P05: “oia! às vezes a gente tem que chamar muito adular muito os enfermeiros, tem umas que são atenciosas, mais tem umas que demora.”

P09: “é bem também eles são bem com a gente, trata bem, num acho nada ruim não [...].”

P15: “vem um pessoal de branco toda hora esse pessoal que troca o soro eles vem aqui direto.”

A partir dos relatos foi possível compreender que a assistência da equipe de saúde tem uma importância relevante à melhoria do quadro dos clientes, pois eles se tornam melhores ao receber o tratamento, mesmo que seja cumprindo ou não com as obrigações ou não de profissionais.

Nations e Gomes (2007) enfatizam dizendo que para o paciente internado, o mais importante é a habilidade do profissional de saúde em saber cuidar da pessoa, não somente da doença.

Sendo assim, os profissionais de saúde que pertencem ao ambiente hospitalar devem estar preocupados em oferecer aos pacientes e seus familiares cuidados humanizados fundamentados no diálogo, visualizando o paciente como todo, de forma holística.

Humanizar vem permeado de conceitos de cuidar e humanização, que são elementos essenciais para compreender, refletir e acertar a fórmula da assistência humanizada de enfermagem. Quando falamos de humanização, em assistência humanizada, não podemos deixar de abordar o cuidado nos seus diversos aspectos e expressões (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

A humanização nos atendimentos exigem dos profissionais de saúde, essencialmente, compartilhar com o seu paciente experiências e vivências que resultem em aplicações do foco de suas ações, vista de regra restrita ao cuidar com o sinônimo de ajuda, as possibilidades de sobrevivências. Nesse contexto, humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Essas observações condizem com o papel da equipe de cuidados paliativos, pois devem oferecer o atendimento sob a perspectiva interdisciplinar, reconhecendo as necessidades do paciente e oferecendo-lhes cuidados humanizados (SKABA, 2005).

A equipe de saúde passa energia e segurança positiva aos pacientes tornando-os contentável, quando atribuem inúmeros elogios e declarações sobre a satisfação de serem atendidos por uma equipe competente, responsável e atuantes segundo as necessidades de seus clientes.

CATEGORIA - 5: O uso do silêncio.

Nesta categoria vimos que há momentos na vida que o silêncio fala ao coração e as emoções o que as palavras não sabem traduzir.



P06: Vixe! Nem fale [chorou muito e não conseguiu terminar de responder].

P08: “Ta bem [...] minha família é boa [ficou em silencio e não falou mais nada].”

P09: “é bem [...], tem pessoas com diabetes mais é bem [...] somos bem unidos [desceu lágrimas e abaixou a cabeça].”

P12: “é bom demais! [...] Só é ruim porque [chorou], a gente fica doente ai o bicho pega.”

P15: “em nome de Jesus é boa [...] graças a Deus [emocionou-se]!”

De acordo com as falas dos participantes entrevistados, percebe-se que o silêncio, é uma expressão de sentimento que os depoentes usam através da face e torna-se mais difícil essa expressão a essa clientela, pois o grau de emoção é crescente e a família que está à frente da tomada de decisões, pois o choro não deixa relatar suas histórias de vidas.

Conforme Padrão (2009), o silêncio é um elemento da comunicação que se faz presente em qualquer ato comunicativo humano. Neste sentido, percebe-se há uma reflexão humana profunda sobre a importância do silêncio ao coração da comunicação. Neste contexto o autor relata que o silêncio fala, o nosso silêncio pode exprimir a proximidade, a solidariedade e a atenção aos outros.

Conforme Sales e Alencastre (2003), na maioria das vezes, o ser humano portador de câncer terminal é visto como dependente da família, incapaz de tomar decisões e iniciativas quanto ao destino da sua existência, e normalmente se vê impedido de participar das questões próprias da sociedade onde está inserido.

CATEGORIA 6: A dor do câncer em pacientes na UTI.

Os relatos de vida mostram que a dor no câncer é frequente e tem uma grande intensidade no paciente.

P02: “Meu amigo eu estive tomando muito medicamento sabe? Num deixa eu passar dor, medicamento é toda hora, mais eu sinto dor só no carço [...] é nessa parte aqui assim que fica na divisa do bumbum.

P 04: “[...] sinto dor de mais, eu queria ser curado, mais eu num me sinto muito bem não eu sinto doer de mais.”

P 10: “...ai.. ai... ai... eu num me sinto muito bem não.. hum... hum ui... ui...sinto muita dor. Ai... ai...Senhor! que dor...”

A dor oncológica é uma “dor total” tratando-se de uma síndrome, que vai além da lesão, abordando os fatores físicos, emocionais, espirituais e tem influência na expressão da queixa (RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

Como podemos observar na fala acima de P10, que expressa com interjeições, a dor que sente, e ao ler-las interpretamos como grande é esta.



P 13: “meu fie toda hora eu choro a dor é demais, num dar pra guentar não é tanta dor, dor de morrer.”

P 15: “num sei nem dizer por que quando vem é tudo junto o medo, a dor, isso é coisa do diabo por que dói muito.”

Rigotti e Ferreira (2005) relatam que na perspectiva de cuidar de alguém com dor não significa apenas realizar técnicas para deixá-lo “confortável”, mas, também, mostrar na relação profissional/paciente interesse, compaixão, afetividade, consideração que têm o intuito de aliviar, confortar, apoiar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer e torná-lo satisfeito com o seu viver, acentuando a capacidade do profissional em estimular o bem-estar do mesmo.

O enfermeiro deve saber reconhecer/identificar "indícios da dor". Esta é uma tarefa que pode gerar dificuldades, visto que pacientes e profissionais podem ter concepções diferentes da dor. Esta pode apresentar-se de diversas maneiras, tais como através do choro, gemido, alterações dos sinais vitais, agitação, tremor ou comportamento verbal. Entretanto, o não aparecimento dos sinais citados não significa ausência de dor. Alguns pacientes podem adaptar-se à dor, através do desenvolvimento de um elevado autocontrole, suprimindo os sinais de sofrimento, ou apenas permanecendo prostrados ou mais quietos que o habitual, devido ao esgotamento físico e mental causados pela doença (TULLI et al., 2007).

A dor é um sintoma complexo e angustiante, afetando a qualidade de vida do paciente, e, é uma experiência individual que inclui aspectos físicos e psicossociais, é uma grande preocupação na assistência à saúde, considerada como uma das principais prioridades. Esse sintoma impacta tanto a família, quanto o paciente com o câncer.

Vale ressaltar que nem todos os indivíduos percebem a dor da mesma forma, o que nos leva a considerar que a sensação de dor é um produto de experiências passadas, de valores, de expectativas culturais, emocionais e étnicas de pessoas que já vivenciaram a dor, tanto no aspecto fisiológico quanto no psicológico (NERI, 2005).

CATEGORIA 7 – A esperança.

Nesta categoria percebe-se que os relatos de vida mostram que a esperança de ser curado (a) no câncer é profunda, pois engloba a fé religiosa, como referiram os participantes:

P 02: “... nunca esmoreci, né? entreguei pra Deus que Deus da um jeito, assim como ele entrou em mim ele dar um jeito pra tirar ele de mim de novo, o negocio é a esperança.”

P 03: “... a gente fica em dúvida né? Mais eu to esperando, confiando em Deus que tudo dê certo né?”

P 09: “eu que tenho que ser forte.”

P 06: “Há bem. Tem hora que penso que vou morrer, mais vou ficar bem.”

A esperança de ser curado (a) é enorme mesmo estando em fases terminais, pois a fé é um elo da religião, e essas clientelas vêm sempre fazendo essa ligação esperançosa e depositando confiança nos profissionais e nas medicações administradas.

Teixeira & Lefevre (2012) afirma que a fé religiosa e o discurso coletivo enaltecem tendo como resultado a esperança, o equilíbrio e o fortalecimento, propiciando a luta pela vida e a sinceridade para aceitar a doença. O autor ainda contribui dizendo que para o sujeito coletivo, a fé e o tratamento aparecem como parceiros íntimos e a sinergia é positiva para o enfrentamento da doença.

Para Aquino e Zago (2007) Buscar apoio na religião, por meio da invocação a Deus, é uma estratégia acessível em situação de doença, porque o poder que se dá ao divino possibilita a satisfação das necessidades que não conseguem controlar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pesquisa, o estudo buscou conhecer as histórias de vida dos pacientes oncológicos acompanhados no Instituto do câncer Aldenora Bello do Município de São Luís (MA). Assim, vimos que o diagnóstico do câncer pode ser impactante e desnorante para todos os indivíduos, abalando assim sua vida e a das pessoas com as quais convive. Algumas pessoas com câncer podem sentir-se ameaçadas e até mesmo incapazes diante desta doença, sendo estas sensações provocadas pelos estigmas referentes à doença.

Portanto, os resultados obtidos possibilitaram conhecer os sentimentos vivenciados, as mudanças da rotina diária e o apoio buscado pelos pacientes que receberam o diagnóstico de câncer. Pôde-se perceber que, com o resultado positivo do diagnóstico de câncer, cada paciente busca formas diferentes de lidar com a doença. Há aqueles a que aceitam e a enfrentam como se não fosse verdade, outros, a enfrentam e que deixam nas mãos de Deus, buscando o apoio espiritual.

Diante do exposto neste estudo, pode-se afirmar que o cuidado e o apoio da família, amigos, redes de saúde e espiritual tornam-se fundamentais para adaptação do ser humano a esta nova condição de vida. Todavia, o papel da enfermagem objetiva em desenvolver ações que esclareçam as dúvidas e possibilitem maior segurança para a pessoa doente e sua família. No entanto, o papel do enfermeiro (a), como cuidador, é de fundamental importância para que se estimule o autocuidado, focado em uma humanização holística, enfatizando a participação da família neste cuidado.

Visto que, para aprimorar o acolhimento como estratégia de promoção de saúde com pacientes oncológicos em tratamento paliativo, a fim de garantirem uma assistência de qualidade a todos os clientes, de acordo com cada necessidade, percebeu-se que o enfermeiro tem muito a contribuir, uma vez que o olhar desta disciplina com ciência e arte, torna-se bastante acolhedora. Neste sentido, pode-se aqui afirmar que ainda há muito que aprender através de novas fontes de pesquisas que se espalha



o saber, sendo este estudo uma delas, que poderá contribuir para as equipes de saúde emergirem no mundo de um paciente com câncer em estado terminal, para assim, entender mais o seu mundo.

Podemos observar então que na busca por uma maior compreensão do câncer enquanto fenômenos, percebeu-se a importância de ter humildade e humanização no atendimento a essa clientela, com sensibilidade e dedicação, para que haja uma assistência de qualidade nesta fase do tratamento.



REFERÊNCIAS

- ALMEIDA A. M, et. al. **Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama.** Rev Latino-am Enfermagem 2001 set-out; 9(5): 63-9.
- AQUINO V.V, ZAGO M.M.F. **O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação.** Rev Lat Am Enfermagem 2007 jan-fev; 15 (1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a07.pdf . Acesso em: 05 jul 2010.
- ARAÚJO, M. M. T. e SILVA, M. J. P. **Psiquiatria e Psicologia.** Comunicando-se com o paciente terminal. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 18/06/2007. Disponível em <<http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/23indice.asp?Ano=VI&Numero=23&Trimestre=3>> Acessado em 26 de outubro 2012.
- BOING, A. F.; VARGAS, S. A. L.; BOING, A. C. A carga das neoplasias no Brasil: Mortalidade e Morbidade Hospitalar entre 2002-2004. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 317-322, 2007.
- BORGES. et al. **O cuidar de pacientes terminais: experiências de acadêmicos de enfermagem durante estagio curricular.** Ver Baiana Saude Publica. 2011;34(4):796.
- BRANDÃO C. **Câncer e cuidados paliativos: definições.** In: **Associação Brasileira de Cuidados Paliativos.** Disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.com.br>, acesso em 14 agostos 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- _____. **Ministério da Saúde.** Instituto Nacional de Câncer, 2009.
- _____. **Portaria GM/MS nº 1.319,** de 22 de julho de 2002.
- _____. **Ministério da Saúde. A Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o principlalismo bioético.** Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/5781/a-resolucao-no-196-96-do-conselho-nacional-de-saude-e-o-principlalismo-bioetico>, acesso em 28 de fevereiro de 2013.
- _____. **Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. Instituto Nacional do Câncer.** O controle do Câncer no Brasil. In Brasil. Ministério da Saúde. *Controle do Câncer: Uma proposta da integração ensino- serviço.* 3º ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
- _____. **Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. O que é Câncer.** Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>>. Acesso em: 10 de outubro. 2012.
- _____. **Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Sobre o Inca. O Instituto.** Disponível em:< <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/oinstitu>>. Acesso em:18 de outubro. 2012.
- BREVIDELLI, M.M., DOMINICO, E. B. L. **Trabalho de conclusão de curso – guia prático pra docente e alunos da área da saúde.**1 ed. São Paulo: látrica, 2006.
- BRUNNER & SUDDARTH, **tratado de enfermagem médico-cirurgica** / [editores] Suzanne C. Smeltzer... [et al.] ; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral ; tradução Fernando Diniz Mundim, José Eduardo Ferreira de Figueiredo]. – Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2008.



CENAFERT, **Centro e Endoscopia e Assistência à Fertilidade. Oncologia**. Obtida via internet. Último acesso: 19/02/2013. www.cenafert.com.br/oncologia.htm.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Nota Técnica. 26 a: NT revisada após CT de Atenção à Saúde em 26/10/2005. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.df>. Acesso em: 22 fevereiro 2013.

DINO, CÈLIA e SILVA. **O Câncer no Maranhão: O combate ao câncer no Maranhão - Uma História de Amor e Luta**. Disponível em: <http://www.fajd.org.br/cancer-no-ma/>. Acesso: 28 de fevereiro de 2013, às 11:00 horas.

ESPINOSA, V. M. & SANHUEZA, A. O, **Fatores relacionados a qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer**. Ver Latinoam Enferm.2010;18(4):725-31.

FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I.H. e MARCON, S.S. O atendimento humanizado em pediátrica: percepção do acompanhamento da criança hospitalizada. **Revista Texto & Contexto de enfermagem**, vol. 16,n. 4, Florianópolis out./dez. 2007.

FIGUEIREDO, N. M.A de. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis editoras editora, 2008.

FIGUEIREDO. N. M. A et al. **Enfermagem Oncológica**. Conceitos e práticas. 1ª. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis editora, 2009.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. **Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2123-2132, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 setembro de 2012.

FLORIANI, C. A. & SCHRAMM, F. R. **Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9): 2072-2080, set, 2007.

FURTADO. C. N. **Percepção da Equipe Técnica de Enfermagem na Relação do Paciente Oncológico com sua Dor**. Disponível em: <http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/07/CAROLNOeEMIAfurtado.pdf>. Palhoça, 2006. Acesso dia 13 de setembro de 2012.

GALBREATH, J. G.: Sister C. R. In: GEORGE, Julia B. **Teorias da Enfermagem: Os fundamentos à Prática Profissional**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 201 – 219.

GOMES, R; SKABA, M.M. V. F. & VIEIRA, R. J. S. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 18 (1): 197 – 204, jan-fev.

GONZÁLEZ REY, F. L (2007 b) **Psicoterapia, Subjetividade e Pós modernidade**, uma aproximação histórico-cultural. Trad. Guillermo Matias Gumucio, São Paulo: Thomson Learning.

GRANER, K. G.; JUNIOR, A., L., C.; ROLIM, G. S. (2010). **Dor em oncologia intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso**. Temas em Psicologia, 18 (2), 345-355.



GUTIRREZ, P., L. (2001). **O que é o Paciente Terminal?** *Revista da Associação Médica Brasileira*. v. 47, n. 2. ano 01. Acesso em 05/03/12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=10442302001000200010&lng=pt&nrm=isso

HOSPITAL DO CÂNCER. Departamento de Pediatria. **Crianças com câncer: o que devemos saber?** São Paulo. Comuniqué Editorial: 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Apresenta informações sobre dados demográficos da cidade de São Luís-MA**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> São Luís-MA. Acesso em: 28 de setembro de 2012.

JUREMA. S. e QUARESMA. V. B. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC Vol. 2 nº 1 (3), disponível em http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf, 2005. Acesso em 04 de janeiro de 2013.

KÜBLER e KESSLER, D. **Os segredos da vida**. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

KOIFMAN S, KOIFMAN R. **Environment and cancer in Brazil: an overview from a public health perspective**. *Mutat Res*. 2003 Nov;544(2-3):305-11.

LEITE MA, VILA VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev Latinoam Enferm**. 2005; 13(2):145-50.

LIMA, TIMOTHY F. **O enfermeiro e os cuidados paliativos**. Ordem dos enfermeiros. Publicado em 30.03.2007. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=41> Acesso em 28 de novembro de 2012.

LUGTON, M. A. P. – **Vivências dos Enfermeiros Relativamente a Cuidados a Pacientes Oncológicos**, 2007. p.24. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-710&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 de Fevereiro de 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MATOS, Jb. S. SANTOS, C. T. S. **A influência das reações emocionais de familiares na recuperação de pacientes com câncer**. Belém, 2002.

MELO, A.G.C; FIGUEREDO, M.T.A. **Cuidados Paliativos: Conceitos básicos, históricos e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos**. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. Barueri, SP: Manole; 2006. p. 16-28.

MENEZES, R. A. (2004). **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ.

MERCÊS, N.N.A. & MARCELINO, S.R. **Enfermagem Oncológica: a representação social do câncer e o cuidado paliativo no domicílio**. Blumenau: Nova Letra, 2004.

MINAYO, M. C.S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, Ciências, técnicas e arte: o desafio da pesquisa social. Pág. 10-25. 2007.



MOHALLEM. A. G. C. e RODRIGUES. B. **Enfermagem Oncológica**. Barueri, SP: Manole, 2007.

NATIONS M.K, GOMES A.M.A. **Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro**. Cad Saude Publica 2007 set; 23(9): 2103-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/11.pdf>. Acesso em: 20 dez 2013

NERY, A. A., PINHEIRO, G. M. L., OLIVEIRA, Z. M. **Dimensões da Dor: (Re) Pensando o Cuidado de Enfermagem**. Revista Enfermagem Atual, 2005, Nº 29, p.27-31, ISSN 1519-339X.

NETO, W.H.B et al. **Contra-regras do Cenário da Saúde: os Agentes Comunitários da Saúde em Foco**. Porto Alegre: 2006.

ONCOGUIA. Sobre o Câncer. **Mitos e Verdades**. Disponível em: <<http://www.oncoguia.com.br/site/interna.php?cat=2&id=10&menu=2>>. Acesso em: 23 de agosto 2012.

Organização Mundial de Saúde - OMS. **Guia de Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/media/FINAL-Palliative%20Care%20Module.pdf>>. Acesso em: 19 março 2014.

PADRÃO, C.B. **Considerações sobre o silêncio na clínica psicanalítica: dos primórdios aos dias atuais**. Cad. Psicanál.-CPRJ, Rio de Janeiro, ano 31, n. 22, p. 91-103, 2009. Disponível em: http://www.cprj.com.br/imagenscadernos/08.Consideracoes_sobre_o_silencio_na_clinica_psicanalitica.pdf. Acesso em: 03 abril de 2012.

PESSINI, L. & BERTACHINI, L. (2005). **Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade**. O Mundo da Saúde — São Paulo, ano 29 v. 29 n. 4 out./dez. 2005: 491-509.

QUINTANA, FRANCISCO C., et al – **Enfermería, Família y Paciente Terminal** –Revista de Enfermería, 2001:24; 10; 8 – 12;

RIBA, J. P. C & DIAS, J. J. **Interdisciplinaridade e Cuidados Paliativos**. In: Saltz, E. e Juver, J. (organizadores). Cuidados Paliativos em oncologia. 2.ed. Rio de Janeiro. Ed. Senac Rio.

RIGOTTI, A.M.; FERREIRA, M.A. **Intervenções de enfermagem ao paciente com dor**. Arq. Ciência Saúde, 2005.

SALES C.A, ALENCASTRE M.B. **Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia**. Rev Bras Enfermagem 2003; 56 (5):566-9.

SANTANA J.J.R.A, ZANIN C.R, MANIGLIA J.V. **Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social**. Paidéia 2008, 18 (40): 371–84. Disponível em: www.scielo.br/paideia. Acesso em: 09 jun. 2013.

SASSE, ANDRÉ. **E-Cancer Informações em Câncer e Oncologia**. Obtida via internet. Ultimo acesso: 19/02/2013. <http://andre.sasse.com/oncologia>

SILVA, M. C. *et al*. Fatores relacionados ao atraso no diagnóstico de câncer de boca e orofaringe em Juiz de Fora/MG. **Rev. Brasil. de Cancerol.**, v. 55, n. 4, p. 329-335, 2009.

SILVA, MANUELA P. N. Síndrome da anorexia-caquexia em portadores de câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.52, n.1, p.59-77, 2006.



- SILVA, F.; CORREA, I. **Doença Crônica na Infância: vivência do familiar na hospitalização da criança**. Revista Mineira de Enfermagem. V.10, nº1, jan-mar 2006.
- SILVA, M. R. B. S. O Câncer entrou em meu lar: sentimentos expresso por familiares de clientes. Rev Enferm UERJ.2008;16(1):70-5
- SILVA, K. S. **Em defesa da sociedade: a invenção dos cuidados paliativos**. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2010
- SIMONETTI, A. (2006). **Manual de Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo. <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a11.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2013.
- SKABA, M. F. **Humanização e cuidados paliativos**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10(3):782-4
- SMELTZER, SUZANE C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- SOCIEDADE FRANCO BRASILEIRA DE ONCOLOGIA. **Tipos de Câncer**. 2011. Disponível em <[HTTP://www.oncologiafrancobrasileira.com/beta/br/pdf/tipos_de_cancer.pdf](http://www.oncologiafrancobrasileira.com/beta/br/pdf/tipos_de_cancer.pdf)>. Acesso em 20 de janeiro de 2014.
- TAPIERO, A. A. **Las diferentes formas de morir: reflexiones éticas**. An. Med.Interna (Madrid), Madrid, v. 21, n. 7, p. 355-358, 2004 . Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000700009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2012.
- _____. **La sedación terminal: aspectos éticos**. An. Med. Interna (Madrid), Madrid, v. 20, n. 12, p. 645-649, 2003 . Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003001200010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2012.
- _____. **Los principios bioéticos: se aplican en la situación de enfermedad terminal?** An. Med. Interna (Madrid), Madrid, v. 18, n. 12, p. 650-654, 2001 . Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2012.
- TEXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.
- TEIXEIRA, J. J. V & LEFEVRE, F. **Significado na atenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer**. 2012, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/21.pdf>> Acessado em 03 de abril de 2014
- TULLI, A. et al. **Dor Oncológica: os cuidados de enfermagem**. Vitória, 2007. 58 Disponível em: <<http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/7Suplemento.asp?nrev=N%C2%BA%C2%A07>> Acesso em: 15 março 2014.
- VENEGAS, M. E.; ALVARADO, O. S. (2010). Fatores relacionados à qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer. Revista. Latino-Americana de Enfermagem, 18 (4), 04-08, Jul/Ago.
- VICTORIA, C. G.; KANAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. **A Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**: 3ª ed. Porto Alegre Tomo editorial, 2000.



WORLD H. O. Palliative Care (Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes ; module 5).WHO, Geneva, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/publications/en/>>. Acessoem: 07 de setembro. 2012.

WORLD, HEALTH. Organization. Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. Rev Panam Salud Publica. 2002 Nov; 12(5).