

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Jéssica da Rocha Mareque

**O ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS FRENTE À DOENÇA E SUA
IMPOSSIBILIDADE DE CURA**

Santa Maria, RS
2020

Jéssica da Rocha Mareque

**O ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
HOSPITALIZADOS FRENTE À DOENÇA E SUA IMPOSSIBILIDADE DE CURA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Onco-Hematologia.**

Orientador: Prof^ª. Dr^ª Silvana Bastos Cogo
Co-Orientador: Enfermeira Ms^ª. Graciele Pontes

Santa Maria, RS
2020
Jéssica da Rocha Mareque

**O ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
HOSPITALIZADOS FRENTE À DOENÇA E SUA IMPOSSIBILIDADE DE CURA**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Onco-Hematologia.**

Aprovado em 13 de março de 2020:

Silvana Bastos Cogo, Dr^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Graciele Pontes, Enf^a Esp (HUSM)

Grasiele Gallina Seeger, Esp (HUSM)

Daniela Rodrigues Rech, Esp (HUSM)

Melania Sartori Villani, M^a (HUSM)

Santa Maria, RS
2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Paulo Roberto e Jaqueline por todo esforço, amor e confiança destinados à mim.

Dedico à minha irmã Tairine por dividir comigo a infância, o amor e a vida.

Dedico à minha avó Santa Terezinha, por ter sido seu objeto de amor desde meu nascimento, por acreditar em mim, incentivar e deixar todos os dias em que estivemos juntas, claro o seu afeto por mim. Tenho a certeza de que a senhora continua me cuidando aí de cima.

Dedico aos meus pacientes e familiares pela confiança e carinho em um momento tão singular e sensível da vida de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **minha família** pelo apoio incondicional, amor, compreensão e respeito às minhas escolhas, sonhos e decisões;

Às equipes da **Clínica Médica I, Centro de Transplante de Medula Óssea e Centro de Tratamento da Criança com Câncer** pelo acolhimento, carinho e trocas diárias.

Às minhas **colegas de residência** por dividirem comigo as batalhas diárias, as alegrias e tristezas decorrentes deste processo. Por me ensinarem de maneira tão clara o significado de trabalho multiprofissional;

À orientadora **Silvana Cogo** e Co-orientadora **Graciele Pontes** pelo auxílio na construção deste trabalho.

À **Grasi, a Dani e a Mel** pelo aceite, leitura e contribuições com o trabalho. Vocês têm meu afeto e admiração.

Aos **pacientes oncológicos e hematológicos** que durante o período de residência me permitiram acolher e escutar. Que me permitiram auxiliar no processo de sentir e de ressignificar seu momento e sua dor. À vocês o meu carinho, gratidão e respeito.

“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 me parece um excelente motivo para buscar um novo olhar para a vida”.

(Ana Claudia Quintana Arantes)

O ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS FRENTE À DOENÇA E SUA IMPOSSIBILIDADE DE CURA

AUTORA: Jéssica da Rocha Mareque

ORIENTADORA: Silvana Bastos Cogo

CO-ORIENTADORA: Graciele Pontes

O presente estudo caracteriza-se como exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, tendo como objetivo descrever as estratégias de enfrentamento psicológico utilizadas pelos pacientes oncológicos hospitalizados frente à doença e sua impossibilidade de cura. A pesquisa foi desenvolvida no período de agosto de 2019 a janeiro de 2020, em uma unidade oncológica de um hospital universitário do Rio Grande do Sul. Foram entrevistados 05 sujeitos (três mulheres e dois homens) com faixa etária de 45 a 75 anos, em tratamento oncológico, com o cognitivo preservado, capazes de se comunicar verbalmente, cientes do diagnóstico e prognóstico da doença oncológica. Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: uma entrevista semiestruturada e uma entrevista projetiva. As informações obtidas foram transcritas na íntegra e analisadas por meio da Análise Textual Discursiva. As narrativas demonstram a singularidade do momento vivenciado pelo paciente oncológico, a importância da família e rede de apoio, o suporte encontrado na espiritualidade/religiosidade, a diversidade das emoções experienciadas durante este processo e as ressignificações ocorridas através deste. Diante disto, reforça-se a importância do cuidado singular, integral e humanizado à tais pacientes, atentando para o trabalho de equipes multidisciplinares e ações interdisciplinares. Ainda, a existência acolhimento, escuta qualificada e atenta às necessidades psicológicas de tais, bem como, respeito aos seus valores, crenças e desejos.

Palavras-chave: Câncer; Enfrentamento; Coping; Espiritualidade; Rede de Apoio, Emoções; Psicologia.

ABSTRACT

THE PSYCHOLOGICAL COPING OF HOSPITALIZED ONCOLOGICAL PATIENTS IN FRONT OF THE DISEASE AND THEIR IMPOSSIBILITY OF HEALING

AUTHOR: Jéssica da Rocha Mareque

ADVISOR: Silvana Bastos Cogo

CO-ADVISOR: Graciele Pontes

The present study is characterized as exploratory, descriptive with a qualitative approach, aiming to describe the psychological coping strategies used by cancer patients hospitalized in the face of the disease and its impossibility of cure. The research was carried out from August 2019 to January 2020, in an oncology unit of a university hospital in Rio Grande do Sul. Five subjects were interviewed (three women and two men) aged 45 to 75 years, in oncological treatment, with preserved cognitive, able to communicate verbally, aware of the diagnosis and prognosis of oncological disease. For data collection, two instruments were used: a semi-structured interview and a projective interview. The information obtained was transcribed in full and analyzed by means of Discursive Textual Analysis. The narratives demonstrate the uniqueness of the moment experienced by the cancer patient, the importance of the family and support network, the support found in spirituality / religiosity, the diversity of emotions experienced during this process and the resignifications that occurred through it. In view of this, the importance of singular, comprehensive and humanized care for such patients is reinforced, paying attention to the work of multidisciplinary teams and interdisciplinary actions. Still, the existence of welcoming, qualified listening and attentive to the psychological needs of such, as well as, respect for their values, beliefs and desires.

Keywords: Cancer; Coping; Coping; Spirituality; Support Network, Emotions;
Psychology

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU: Aplicativo de Gestão Para Hospitais Universitários

CRE: Coping Religioso/Espiritual

HUSM: Hospital Universitário de Santa Maria

INCA: Instituto Nacional do Câncer

OMS: Organização Mundial da Saúde

RS: Rio Grande Do Sul

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSM: Universidade Federal de Santa Maria

UNACON: Unidades de Assistência de Alta Complexidade

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	11
2.	MÉTODO.....	14
2.1.	Tipo de estudo.....	14
2.2.	Local da pesquisa.....	15
2.3.	Participantes.....	16
2.4.	Coleta das informações.....	16
2.5.	Análise das informações.....	17
2.6.	Princípios éticos.....	18
2.7.	Divulgação dos resultados.....	19
3.	RESULTADOS.....	2
	0	
4.	DISCUSSÃO.....	30
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
	APÊNDICE A – ENTREVISTA.....	57
	APÊNDICE B – IMAGENS.....	58
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	59
	ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	61
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	62

1. INTRODUÇÃO

O câncer representa um conjunto com mais de cem doenças, as quais se caracterizam pelo crescimento desordenado das células, ou seja, é a proliferação anormal do tecido, que foge total ou parcialmente ao controle do organismo, buscando autonomia e perpetuação e trazendo efeitos agressivos ao hospedeiro.(FANGEL et al, 2018). Nesta perspectiva, os casos de câncer têm crescido consideravelmente, e estimou-se para o ano de 2019 a ocorrência de cerca de 600 mil novos casos, só no Brasil. Contudo, sabe-se que quanto mais precocemente a neoplasia for diagnosticada, melhores serão os resultados do tratamento, os quais incluem a cirurgia, radioterapia, hormonioterapia e quimioterapia (INCA, 2018).

Por se tratar de uma doença crônico-degenerativa o câncer pode acarretar dificuldades e desafios de adaptação aos pacientes e familiares. No momento do diagnóstico de câncer, a doença é permeada por inúmeros tabus e estigmatizada como sinônimo de sofrimento, perdas e preocupações, ou seja, cria-se uma situação e ambiente disfuncional para o paciente e rede de apoio (familiares e amigos), uma vez que os mesmos percebem uma ruptura abrupta da rotina e se percebem vivenciando um momento de grande estresse, o qual invariavelmente leva a mudanças de comportamento (PEREIRA; BRANCO, 2016).

Tais comportamentos serão fatores determinantes em relação a estratégias de enfrentamento que passarão a ser utilizadas frente ao diagnóstico, tratamento e possíveis momentos de hospitalização. Pode-se inferir que o diagnóstico de câncer fará surgir reações cognitivas e sentimentos, os quais permeados por experiências vividas e a singularidade de cada paciente, irá resultar em comportamentos de ajustamento, sendo o principal objetivo destes o enfrentamento ao estresse e as possíveis perdas do momento vivenciado (COSTA; LEITE, 2009; PEREIRA; BRANCO, 2016).

O processo estressante, desde a suspeita diagnóstica de um câncer até a reabilitação e reajuste psíquico desse paciente, requer esforços de enfrentamento da situação, sendo a tarefa primordial reconquistar o equilíbrio psíquico apropriado. O termo enfrentamento é definido como um processo por meio do qual o indivíduo administra as demandas da relação pessoa/ambiente que são avaliadas como estressantes e as emoções que elas geram (COSTA; LEITE, 2009; SANTOS, 2014).

Nesta perspectiva, as estratégias de *coping* são definidas como os recursos utilizados por cada indivíduo no enfrentamento às situações de estresse. O *coping* ainda é definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações indutoras de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; PEREIRA; BRANCO, 2016). As estratégias de *coping* são respostas emitidas pelos sujeitos com a finalidade de minimizar a pressão física, emocional e psicológica advindas de eventos estressores (GOMES; PEREIRA, 2008).

Tais estratégias podem ser classificadas em duas perspectivas: o enfrentamento centrado no problema e o enfrentamento centrado na emoção, embora estes possam ocorrer simultaneamente. O enfrentamento focado no problema refere-se aos esforços para administrar, alterar o problema ou melhorar o relacionamento indivíduo-meio, estas estratégias costumam ser mais adaptativas e voltadas à realidade, indo ao encontro da fonte de estresse para removê-la ou minimizá-la. O enfrentamento focado na emoção descreve uma tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do estresse, sendo em geral, processos defensivos que têm o objetivo de regular a sensação física desagradável de uma situação potencialmente agressiva (SANTOS, 2014; PEREIRA; BRANCO, 2016).

Em pesquisa realizada por Castro (2016), a mesma evidencia que o reconhecimento e avaliação das estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes oncológicas é relevante devido a possibilidade de fornecer à equipe de cuidado informações sobre as percepções subjetivas frente ao adoecimento e tratamento, podendo serem elaboradas estratégias de intervenção eficazes,

proporcionando à equipe assistente um olhar humanizado e atento aos aspectos emocionais do paciente.

Soma-se ainda, ao fato que a partir das considerações efetuadas por Pereira e Branco (2016) em seu estudo, a aplicação das estratégias de *coping* utilizadas pelos pacientes portadores de câncer no enfrentamento frente às dificuldades decorrentes do diagnóstico, tratamento, devido estas serem potenciais minimizadoras dos possíveis impactos do sofrimento e desequilíbrios vivenciados, tornando-se estratégias de promoção à saúde mental do paciente oncológico.

Em outro estudo, Hidalgo-Troya (2016), inferem que o enfrentamento do câncer poderá contar com diferentes estratégias de coping, podendo estas serem alteradas durante o tratamento, aperfeiçoadas, podendo serem utilizadas de forma simultânea, podendo impactar diretamente na qualidade de vida do paciente oncológico, assim como, pode tornar-se fonte de conhecimento e fortalecimento de ações da equipe multiprofissional envolvida no cuidado.

Pacientes oncológicos graves podem apresentar queda na qualidade de vida, sendo que o diagnóstico representa a proximidade de finitude de forma muito concreta e próxima, sendo associado diretamente a morte. O tratamento traz consigo desgastes, físicos e emocionais aos pacientes, por meio de reações adversas, prejuízos emocionais, ligados a incerteza quanto ao futuro (PEREZ-HERNANDEZ, 2019).

Diante dos apontamentos elencados, delineou-se como questão de pesquisa: quais as estratégias de enfrentamento psicológico utilizadas pelos pacientes oncológicos hospitalizados frente à doença e sua impossibilidade de cura?

A fim de responder a este questionamento, objetiva-se descrever as estratégias de enfrentamento psicológico utilizadas pelos pacientes oncológicos hospitalizados frente à doença e sua impossibilidade de cura.

2. MÉTODO

O presente estudo derivou de um projeto desenvolvido de maneira conjunta pelas residentes multiprofissionais do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar com ênfase em Hemato-Oncologia, englobando os núcleos da farmácia, nutrição, odontologia, psicologia e terapia ocupacional, tendo sido intitulado “O enfrentamento dos pacientes oncológicos com doença ameaçadora de vida frente ao cuidado multiprofissional”.

O objetivo do projeto foi conhecer as possíveis estratégias de enfrentamento de pacientes oncológicos hospitalizados com doença ameaçadora de vida frente ao cuidado multiprofissional, em um hospital universitário no interior do Rio Grande do Sul.

O mesmo fora delineado acreditando que conhecer tais estratégias, a efetividade ou não das mesmas, bem como, maneiras de torná-las mais adaptativas, podem contribuir com para a realização de um cuidado humanizado, através de uma equipe multidisciplinar com ações interdisciplinares, tendo assim impacto importante e positivo no bem estar e qualidade de vida dos pacientes oncológicos em situação de hospitalização e os quais apresentam doença avançada, em progressão e sem possibilidades de cura.

2.1. TIPO DE ESTUDO

A pesquisa realizada é caracterizada como qualitativa e exploratória. Conforme Minayo (2015) a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. O caráter exploratório visa um maior conhecimento sobre o tema a ser estudado, bem como a criação de hipóteses acerca do mesmo. Ainda pode-se dizer que esse tipo de pesquisa, consiste em um sistema flexível no que tange seu

planejamento e ação. As formas mais comuns desse tipo de pesquisa são o estudo bibliográfico, o estudo de caso e a pesquisa de campo (GIL, 2017).

2.2. LOCAL DE PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), instituição geral, de médio porte, de nível terciário, que atende 100% SUS, localizado na cidade de Santa Maria e referência no atendimento a urgência e emergência para a população de 45 municípios da Região Centro-Oeste do estado do Rio Grande do Sul. O HUSM é referência no atendimento de sujeitos em tratamento oncológico, sendo habilitado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) nos serviços de Radioterapia, Hematologia e Oncologia Pediátrica, contando ainda com Equipe Matricial de Cuidados Paliativos. (BRASIL, 2017).

A presente pesquisa foi desenvolvida especificamente na Clínica médica I, situada no 4º andar do hospital. Trata-se de uma unidade aberta com 28 leitos, que atende adultos nas especialidades de oncologia, hematologia e cardiologia, contando com equipe de enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos responsáveis, médicos residentes, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, serviço de higiene e limpeza, secretária, e profissionais residentes do primeiro ano do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde com ênfase em Hemato-oncologia. Ressalta-se que esta unidade de internação foi escolhida como local de pesquisa, devido a ser o campo onde as profissionais residentes estavam inseridas no primeiro ano de residência, e ter-se observado a necessidade de uma maior caracterização e análise sobre o enfrentamento de tais pacientes diante o diagnóstico, tratamento e terminalidade, afim de que se pudesse ofertar um cuidado integral, multiprofissional e interdisciplinar cada vez mais qualificado, observando os princípios do SUS.

2.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes deste estudo foram pacientes internados para tratamento oncológico na Clínica Médica I, do HUSM, no período de agosto de 2019 à janeiro de 2020.

Foram incluídos no estudo participantes de ambos os sexos, com idade mínima de 18 anos, em tratamento oncológico, com o cognitivo preservado, capazes de se comunicar verbalmente, cientes do seu diagnóstico e prognóstico da doença oncológica, e que apresentaram disponibilidade em realizar as entrevistas. Foram excluídos da pesquisa pacientes com alimentação exclusiva por via alternativa, tendo em vista que um dos objetivos do estudo fora avaliar as atitudes alimentares dos pacientes.

A amostragem escolhida fora a intencional, que também é denominada de amostragem por julgamento, fazendo parte do grupo de amostragens não probabilísticas, sendo destas a que envolve a maior participação por parte do pesquisador na escolha dos elementos da população os quais irão compor a amostra. É o tipo de amostragem no qual o pesquisador deve ter pleno ou grande conhecimento da população, para que ao escolher deliberadamente os elementos da amostra possa escolher os que consideram mais representativos (CRUZ, 2014)

2.4. COLETA DE INFORMAÇÕES

Em um primeiro momento, os participantes da pesquisa foram indicados por uma das enfermeiras do setor escolhido para a realização da pesquisa. Posterior à isto, foram realizadas a consulta e análise dos prontuários físicos e dos prontuários eletrônicos utilizando o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU)

dos participantes da pesquisa para esclarecimentos e conhecimento do histórico e quadro clínico dos mesmos.

Posteriormente foram realizadas entrevistas semiestruturada, por meio de questões norteadoras (APÊNDICE A), e projetiva com os participantes. A entrevista semiestruturada pode ser caracterizada pela combinação de perguntas abertas e fechadas, onde existe a possibilidade do entrevistador desenvolver sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2015). É uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores e as questões elaboradas para a entrevista levam em conta o embasamento teórico da investigação e as informações que o pesquisador recolheu sobre o fenômeno social (MINAYO, 2015; TRIVIÑOS, 1987).

A entrevista projetiva, a qual se utiliza de dispositivos visuais, como vídeos, pinturas, fotos, redações e outros, constituindo-se em um convite ao entrevistado para discorrer sobre o que vê ou lê, utilizada geralmente quando se precisa falar de assuntos difíceis e delicados (MINAYO, 2015). Assim, a entrevista projetiva se deu por meio da disponibilização aos pacientes de imagens sem nenhuma descrição ou sentido previamente atribuído, sendo então os significados refletidos e referenciados pelos pacientes por meio da experiência pessoal e momento atual vivenciado (APÊNDICE B).

As entrevistas semiestruturadas, foram gravadas em um gravador digital, foi norteada por questões de caracterização do participante, descrição sobre suas atividades de vida diárias (AVD's) e importância destas, inquérito sobre a terapia nutricional prévia e posterior ao início do tratamento, questões farmacêuticas voltadas principalmente aos sintomas anteriores e reações pós quimioterápicos e também sobre possíveis condutas e intervenções odontológicas. Já a entrevista projetiva foi construída de modo que cada voluntário da pesquisa pudesse observar as mesmas e projetar suas emoções, angústias e vivências, não apresentando cada imagem respostas prévias ou percebidas como corretas ou do contrário erradas.

2.5. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para a compreensão e discussão das informações obtidas, após ser realizada a transcrição das entrevistas, foi utilizada a Análise Textual Discursiva, proposta por Moraes e Galiazzi (2011). Tal formato de análise de dados é organizada em quatro focos centrais, os três primeiros compõem um ciclo, no qual se constituem como elementos principais, sendo eles: a desmontagem dos textos, o estabelecimento de relações e a captação do novo emergente. E o quarto foco apresenta-se como a construção de processo auto organizado.

De acordo com Moraes e Galiazzi (2011), a desmontagem dos textos, também denominada como unitarização, consistiu em analisar o texto de forma detalhada, dividindo-o com o intuito de formar unidades constituintes referentes aos fenômenos estudados. O estabelecimento de relações é um processo de categorização o qual define-se em construir relações entre as unidades de dados, fazendo a combinação e classificação das mesmas, agregando tais elementos unitários na formação de conjuntos, resultando então em sistemas de categorias.

A captação do novo emergente ocorreu por meio da análise dos dois pontos anteriores, a qual possibilita uma compreensão renovada do todo. O investimento na comunicação desta nova compreensão, assim como de sua crítica e validação, constitui o último elemento do ciclo de análise proposto. Assim, o ciclo de análise em seu todo pode ser compreendido como um processo auto-organizado do qual emergem novas compreensões. E embora os resultados finais não possam ser previstos é essencial o esforço para que a emergência do novo possa se concretizar (MORAES; GALIZZI, 2011).

2.6. PRINCÍPIOS ÉTICOS

O presente estudo deriva do projeto intitulado: “O Enfrentamento Dos Pacientes Oncológicos Com Doença Progressiva, Avançada E Incurável Frente Ao Cuidado Multiprofissional” e está registrado sob CAAE 13845219.4.0000.5346 e parecer sob número 3.387.139.

A coleta de informações foi iniciada posterior a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e está pautado nos pressupostos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

referente à pesquisa com seres humanos, Resolução 510/2016 e Resolução 580/2018 que visa regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466/2012, e estabelece normativas relativas às especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS. Também foi utilizada a Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre pesquisa nas áreas de ciências humanas e sociais.

Foi realizado o convite para a participação da pesquisa para os participantes que contemplavam os critérios de inclusão. Aos que aceitaram fora apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual continha informações relevantes sobre a pesquisa de forma escrita, em linguagem clara, objetiva e de fácil compreensão para o participante. O TCLE foi entregue em duas vias para que os participantes pudessem confirmar as informações, sendo que uma das vias ficou sob a posse do participante e a outra com a pesquisadora responsável.

Considerando os aspectos éticos de confidencialidade das informações dos participantes envolvidos no estudo por meio do Termo de Confidencialidade, os responsáveis pelo projeto se comprometeram a preservar as informações, as quais foram utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e para fins acadêmicos.

Foram garantidos àqueles que aceitaram participar do estudo o anonimato e liberdade de desistir, em qualquer momento, da pesquisa. Visando preservar a identidade dos participantes foram atribuídos nomes pessoais próprios aleatórios, escolhidos pelos próprios participantes do estudo. O conteúdo verbal foi gravado e posteriormente transcrito para fins de análise. Todo material produzido será divulgado de forma anônima e armazenado pelo período de cinco anos na UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1339, 97105-970 - Santa Maria - RS, sob a guarda da pesquisadora responsável pelo estudo, e sendo descartado após este período.

2.7. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Com a finalização da análise das informações, foi realizada a devolutiva quanto ao conteúdo produzido para os profissionais que compõem a equipe

assistencial do local de estudo, onde cada uma das residentes envolvidas no projeto de origem relatou sobre os resultados encontrados na pesquisa referente ao seu núcleo de atuação. Posterior a devolutiva foi realizada uma intervenção multiprofissional com a equipe assistente do setor mencionado, a qual teve como objetivo de que os profissionais envolvidos no cuidado com os pacientes, tenham melhor desempenho frente às especificidades e necessidades dos pacientes oncológicos, bem como, possam realizar os encaminhamentos pertinentes. Tal intervenção foi baseada nas imagens da entrevista projetiva, tendo sido realizada uma dinâmica com a equipe, onde os integrantes desta leram cada um, uma frase em voz alta referentes às respostas dos pacientes em relação às imagens. A equipe se posicionou sobre a frase e o sentido/significado atribuído à ela, inferindo seus próprios sentimentos e percepções sobre esta, correlacionando sempre com a imagem escolhida.

Ainda, será realizada exposição das imagens, com algumas falas dos participantes acerca destas, afim de sensibilizar profissionais, demais pacientes e familiares, tendo como objetivo maior a reflexão acerca das necessidades subjetivas de cada paciente e a multiplicidade de estratégias de enfrentamento frente à doença oncológica. Salienta-se que tais imagens ainda não foram expostas devido a pandemia do COVID-19, diante desta e das orientações de distanciamento social dadas pelo OMS, as imagens serão fixadas no setor já mencionado posterior a este período.

3. RESULTADOS

Foram entrevistados cinco sujeitos (dois homens e três mulheres) com faixa etária de 45 a 75 anos, todos estes encontravam-se em tratamento quimioterápico paliativo. Salienta-se que dentre os pacientes indicados para participar da pesquisa, houveram cinco pacientes que os quais não puderam ser incluídos no estudo, sendo um por não ter aceitado participar da pesquisa, um por estar realizando procedimentos médicos no momento da tentativa de coleta, um por não apresentar

capacidade cognitiva de responder aos questionários e dois por encontrarem-se em mau estado geral.

Torna-se válido a realização de uma caracterização breve dos participantes do estudo, afim de facilitar a compreensão dos dados, sendo esta realizada a seguir:

Ana, 47 anos, ensino superior incompleto, divorciada, residente na zona urbana, comerciante, diagnosticada em janeiro de 2019 com neoplasia maligna de células escamosas canal anal tendo progressão pulmonar da doença em julho do mesmo ano, tendo como tratamento atual a quimioterapia (cisplatina + fluoruracila).

Maria, 60 anos, ensino fundamental incompleto, casada, residente da zona rural, diagnosticada em maio de 2019 com adenocarcinoma gástrico, apresentando posteriormente progressão em baço e pâncreas, tendo como tratamento atual quimioterapia paliativa (protocolo FOLFOX).

João, 57 anos, ensino médio completo, casado, auxiliar administrativo, diagnosticado em junho de 2018 com adenocarcinoma esôfago apresentando posteriormente apresentando progressão óssea em outubro de 2019, tendo como tratamento atual quimioterapia paliativa (protocolo FOLFOX).

Suzana, 79 anos, ensino médio completo, viúva, professora, diagnóstica em setembro de 2019 com adenocarcinoma gástrico, apresentando posteriormente progressão hepática e pulmonar, tendo como tratamento atual quimioterapia paliativa (protocolo FOLFOX).

Rafael, 56 anos, ensino superior incompleto, divorciado, comerciante, diagnosticado em agosto de 2019 com adenocarcinoma de Cólon, tendo como tratamento atual quimioterapia paliativa (protocolo FOLFOX).

Após a análise das informações, emergiram questões centrais, que originaram a formação de categorias, que corroboram com literaturas existentes, as quais apontam tais temas como sendo presentes e inerentes à pacientes que apresentem especificidades como as dos participantes da pesquisa, tais como: espiritualidade/religiosidade, importância da família, apoio social, emoções/sentimentos presentes durante o descobrimento do diagnóstico/período de tratamento, e resignificação de alguns conceitos de vida anteriormente encarados como imutáveis.

Cabe ressaltar que fora através da entrevista projetiva que tais categorias emergiram, puderam ser descritas e analisadas, ainda que nem todas as imagens as quais foram disponibilizadas aos participantes da pesquisa foram escolhidas por estes, no entanto algumas foram percebidas pelos participantes com maior frequência e atenção, sendo que estas serão destacadas na categoria correspondente.

3.1. A FAMÍLIA E OS AMIGOS: VÍNCULOS AFETIVOS QUE PROTEGEM E MOTIVAM O PACIENTE ONCOLÓGICO



Os participantes da pesquisa enfatizaram nas estratégias de enfrentamento, sobre a importância da presença da família e rede de apoio durante a confirmação do diagnóstico de câncer e ao longo do tratamento oncológico:

“Representa todos que estiveram comigo no momento que eu estava vencendo. [...] Eu vou te dizer que eu tenho toda a minha família, eu tenho a família da minha mãe, uma parte da família do meu pai, eu tenho as minhas colegas de trabalho, eu tenho ex colegas de trabalho, eu tenho gente no outro lado do mundo. São muitas pessoas orando por mim,.É muito.[...] (Sobre o significado de tais pessoas) Sim. São pessoas que de certa forma, fortalecem a minha força e fé, né?” (Ana)

“A família é muito importante né, e bem aqui aparece. Claro, eu, esposa e eu tenho 2 filhos já adultos né, mas a participação deles pra mim foi muito importante, a força né deles pra mim. A força da família, é.” (João)

“Não me senti sozinha. Sempre tem o apoio da família né. Na realidade, até outras pessoas também tão com problema, tão se tratando em outra região, da mesma família, mas isso não qué dizer que eu teja sozinha. [...] (Importância da família/rede de apoio) Muito importante. Não só da família como dos amigo também. ” (Maria)

“Muitos amigos que as vezes a gente nem sabia, me procuram, me ligam. Ex-colegas de quartel, de escola. Então hoje eu me sinto até surpreso com as coisas que aconteceram nesse período. Então feliz é quem tem alguém que se preocupa contigo, que te liga, que liga pros parentes, querem saber como é que tu tá.” (Rafael)

Houveram pacientes que verbalizaram sobre suas percepções acerca da estrutura familiar, maneira como entendem que a dinâmica desta deve ocorrer, bem como, características de suas famílias em si:

“Porque uma família tem que ser assim de mão dada, sempre unida. A verdadeira família é aquela família que tá junto né, talvez não pessoalmente, mas né?! como é que se diz, como ela que mora longe ela veio, né?! E quando eles não vem, tem outro lá em São Vicente, todos os dias o telefone ligando para saber como é que eu tô, se estou precisando de alguma coisa, isso é muito importante porque dá muita força para a gente. [...] (A família é) Tudo, é tudo, com certeza, sem eles não seria eu. Eu graças a Deus eu tinha. ” (Suzana).

“(Somos) Bastante unidos, é. Somos reservado assim também, mas somos unidos.[...] (Presença da família durante o tratamento) Sim, acompanham.” (João)

“Dai isso pra mim, é uma coisa boa pra gente, tem umas pessoas que tem um astral bom, e consegue se relacionar bem com as pessoas, é muito bom! [...] É, ele é assim! (esposo) ” (Maria).

“[...]Sim sim, não e a família sempre junto, sempre única né, dando uma força, porque isso sozinho seria difícil” (Rafael)

Fora relatado também algumas relações familiares que se encontravam fragilizadas e que posterior ao diagnóstico oncológico e também com o início do tratamento quimioterápico, começaram a ser reestruturadas e retomadas:

“Porque eu sempre fui assim oh, quando eu tava bem eu tava bem, não me sentia qualquer coisa. Mas depois, agora que eu tô aqui, que entrei aqui eles estão sempre junto comigo me dando força, é isso aí” (Suzana).

“O pai, o meu, foi me reencontrar agora com essa doença. Eu estou separado há 6 anos, há 5 anos não falava com a minha ex-esposa. [...] Ela que conseguiu todo esse trâmite, todo esse processo aí para mim trazer para cá. Depois de 5 anos a primeira vez que a gente se falou. O meu pai que eu praticamente não convivia, as minhas irmãs que eu também não convivia quase, comecei a conviver. [...] Eu imaginei que não ia ter ninguém, nenhum para segurar uma

alça do caixão, porque tu sabe que tem os amigos, mas a vida vai desviando para outro lado. O meu pai mesmo ele vem todos os dias aqui, e ele fica aqui todas as manhãs, antes das 8 ele tá aqui” (Rafael)

3.2. ESPIRITUALIDADE E RELIGIÃO: ALICERCES PARA O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER



Dos dados, emergiram as questões relacionadas à espiritualidade e religião dos participantes, inferindo estes sobre a importância destes conceitos no momento do diagnóstico e durante o processo de tratamento vivenciado:

“Porque a fé pra mim tem sido, vamos dizer assim, o pilar, uma bate-estacas, como tu preferir chamar. Uma árvore, um cedro, sabe?” (Ana)

“Tão fazendo novena pra minha saúde, uma quantia de pessoas tão rezando, isso ai é bom saber né, é bom saber, que essas coisa tem né. É família, pessoas que não é família, envolvida né, se abraçando, orando é ótimo, bah. Como que eu vô dizer..., uma força assim né. [...] (as orações) Muito, muito importante. [...] católica. (a fé) Ajuda muito. Me ajuda mesmo. [...]Uma pessoa rezando, no meio da natureza né, no pôr do sol, ou saída do sol, é muito lindo. Pela fé da gente né. É pela fé, forças da fé, que ajuda muito né. [...] Uma pessoa ali rezando. É tudo que é bom né. Tudo de bom!” (Maria).

“[...]a gente é muito religioso né. Religião católica a gente é né. (Sente-se hoje) Bem mais tranquilo, super, super. (????) Bastante, também, uhum.” (João).

“Eu acho que como um complemento, um complemento Por que em Deus eu sempre acreditei, rezo e coisa. Eu rezo, rezo quase todas as noites.”(Rafael)

Em algumas falas se pode observar a análise dos participantes da pesquisa de que sua fé fora retomada, havia aumentado posterior ao diagnóstico e ainda sobre o desejo que esta tomasse maior amplitude em suas vidas:

“Eu sempre fui bem (religiosa), agora tá mais forte ainda, não que eu não tivesse antes mas agora, ela tá mais forte. [...] É por exemplo, eu não tinha vontade de me dedicar, tipo a uma igreja por exemplo, até porque eu não tinha tempo. Mas eu vou te dizer que hoje, hoje eu iria achar tempo pra isso sim” (Ana).

“É, embora eu não sou aquela pessoa fanática que fica só tentando convencer pessoas. Eu sempre fui muito discreta né. Mas eu sou até ministra da igreja, então porque eu tinha que ter ido na romaria e não consegui” (Maria).

“Eu rezo, rezo quase todas as noites, mas não é... eu sinto que não sou tão fiel assim, como se eu vejo outras pessoas. Mas eu vou chegar lá, chegar lá aos pouquinhos, como cheguei até agora.” (Rafael)

3.3. QUANDO ME PERMITI SENTIR



Foram descritos pelos participantes da pesquisa, sentimentos como tristeza, reação de paralização, choque, sintomas depressivos e incertezas frente ao futuro:

“Tanto é que tu chora por dois motivos. Ou tu chora porque tu tá feliz, tu tá vencendo, ou tu chora porque está desabando. É assim que eu percebo. Neste momento eu tô assim, porque eu quero vencer. [...] Porque ajuda a gente a ver assim, as coisas de perto né, as vezes a gente não quer ver mas, se esconder não dá.” (Ana)

“Tu sabe que eu tô tão tranquilo. Da outra vez eu tive uma reação sabe, antes de vim, que eu chorei bastante né, mas nessa semana não. Eu sou bem reservado ,aparentemente não né, falo bastante, mas eu me sinto, eu sinto, quando eu tô na minha assim né daí...” (João)

“Porque daqui óh, te representa o seguinte, tu ta aqui hoje ta bem? (Mas e o teu futuro? Não é?! Tu, eu mesmo pra mim trabalhar, como é que vou trabalhar agora, porque com essa bolsa (colostomia) eu fico inutilizável, já tenho uma certa idade, 57 anos. Então tu fica aqui numa encruzilhada. Parecia que era uma encruzilhada. [...] Mas aquele momento ali tu ta sofrendo, e causando um sofrimento Grande pras outras pessoas.” (Rafael)

“Não é tão fácil assim, se fosse fácil eu tinha né, botando uma pedra na frente e tinha acreditado, não tinha deixado uma coisa assim (lhe afetar), mas tá, tava difícil. Mas foi passando” (Maria)

Ai eu levei um choque, um choque pra mim muito grande. Olha só aqui, eu sei que é uma doença traiçoeira, mas estou me sentindo bem. É, foi um choque, como é que eu ia passar por isso, a gente nunca pensa que vai passar por isso, mas também nem pode ficar se martirizando. [...] primeiro um sentimento de desespero ou medo, mas ao mesmo tempo levantar a cabeça e seguir em frente, reagir, reagir, não é fácil mesmo.” (Suzana)

Também foram expostos, em alguns momentos, sobre a percepção dos participantes da pesquisa frente a situação vivenciada, tendo sido verbalizadas algumas analogias importantes:

“Eu meio que fiquei uma muralha né? Foi bem, foi isso aqui óh. Eu fiquei uma muralha, eu vou te dizer que eu custei muito a cair a ficha, me achava sempre forte . (A percepção de ser muralha) Ela era muito boa, porque de certa forma eu dava, tanto segurança pra minha família e para as pessoas que conversavam comigo” (Ana)

“Essa imagem aqui é linda de uma força sobrevivendo um rio seco né, que é o que Parece aqui, que é um rio que secou e ela sobreviveu óh, é como eu também, eu tava seco, acabei sobrevivendo. [...] Aquela flor sobrevivendo a um rio seco.: É, das imagens que tu tem aí, a que me percebo é assim. Espero que ela (flor) cresça mais.” (Rafael)

“Ah sim, tem tudo a ver (com a participante). Inclusive o que me chamou mais atenção foi isso. Gosto muito de flor. [...] Ah mas é uma vida né, igual eu, é uma colheita né, eu adoro. Eu acho que flor tem que ter né, é o sinal da alegria” (Suzana)

3.4. DO DESEJO DE SER À TRANSFORMAÇÃO: O RESSIGNIFICAR DA VIVÊNCIA ONCOLÓGICA



Foram trazidas nas falas dos participantes da pesquisa, questões diretamente tangentes ao enfrentamento, mudanças e transformações que aconteceram junto ao adoecimento e processo de tratamento vivenciado por estes:

"Porque ela (a borboleta presente na imagem escolhida) ilumina as transformações, que é o que tá acontecendo agora. Na verdade antes de acontecer, eu já pensava assim mas, agora ela vem bem a calhar. Porque ela vem fazendo transformações, eu acredito que não tem uma pessoa que não saia transformada (posterior ao diagnóstico e tratamento)." [...] Ah, (transformada) de tudo. De tu ser uma pessoa melhor. ãh..., de tu poder superar esse momento que é difícil. E tu ajudar as pessoas, a que elas não se abatam. [...] Eu acho que muito das coisas que transformam a gente, dessa doença, é a gente dar tempo. Tempo de tu ser feliz, tempo de ficar sozinha, de tu estar com a tua família, tempo de trabalhar. (Ana)

"Esse cavrinho sozinho no meio do deserto é muito bonito. Como que ele resiste a toda essas falta de umidade, né?! Alguma umidade deve ter, mas não muito porque o chão tá todo rachado né?! [...] De baixo, da chão né, alguma coisa de agua né, pelo que dá pra entender é muito seco né, imagina só, mas com certeza vem de algum lugar. [...] Pois é, isso aí é importante porque, ela resistiu sozinha ali né, não tem mais nenhuma junto a ela, é ela, ela e ela." (Maria)

"Estamos aí, estamos batalhando ainda, tem muita luta ainda pela frente, Acho que a parte mais difícil já foi... Mas é assim, a gente vem aqui no hospital, e aí gente aprende a não ter aquela ansiedade de voltar para casa, então tu começa a aproveitar o momento que tá aqui. [...] mas com o tempo tu vai aprendendo, aí tu vai conversando com os outros tu vai aprendendo o que que eles tem, alguns problemas parecidos com os da gente, e aí tu começa a parar de olhar pro relógio, quando vê já terminou a quimio, tá na hora de voltar para casa" (Rafael).

Foram descritos alguns objetivos a curto e médio prazo, alguns já tendo sido postos em execução, outros ainda em nível de planejamento, bem como atividades do cotidiano que se tornaram bastante importante para os mesmos:

“Mas muitas coisas melhorou muito também, na minha ideia. Uma delas é procurar mais a religião, procurar mais meus amigos. Então quando eu, eu já quero dar um pulo, talvez esse mês que vem (cidade de origem do voluntário) e procurar exatamente esses meus amigos, a família já tô conseguindo reunir mais.” (Rafael)

“Eu já vinha tentando assim sabe?! A dar esses tempos, mas eles não eram o suficiente porque eu ainda me dedicava, ãh vamos dizer 100% ao trabalho, o que sobrava eu ia me dedicando sabe?! Antes eu trabalhava 14 horas por dia e eu acredito que, eu acho que hoje eu tenho que trabalhar menos. Sim, (agora se dedica) pra outras coisas que não o trabalho.” (Ana)

“Então gosto de ouvir música né, eu gosto de rádio né, e eu tenho uma radio web então eu brinco de rádio em casa né, as vezes não tem ninguém ouvindo, só eu, mas me realizo né, faço né, então é muito legal, gosto de usa a voz né, eu tenho curso de locutor né, então às vezes.., eu tenho um estúdio daí eu me tranco lá e faço o que eu gosto ,que eu me identifico.” (João)

“Ah, eu vou é jogar bocha que é meu robô, hobby, mas se Deus quiser ainda vou jogar mais uma bochinha. Ele é assim uma coisa que eu me distraio ali. [...] É uma competição né?! E a gente fica muito ativo ali naquilo, desenvolve até a cabeça porque tem que se concentrar, tem que sabe como né?” (Suzana)

Em alguns momentos foi verbalizado o entendimento de que haviam motivos para continuar o tratamento, bem como, para se manter motivado e ativo neste processo. Também foi citado o desejo de auxiliar outras pessoas, de diferentes maneiras, sendo apontado tal desejo como ressignificação posterior à doença oncológica:

“Alguma coisa boa tu pode fazer por alguém. Tem gente com muito pior, sem poder caminhar, sem poder falar, sei lá, eu acho que por aqui eu posso fazer uma coisa. Ou por aqui ou por aqui (ali). Eu tive que escolher dos dois, e eu escolhi viver. Pode ser que eu sirvo para alguma coisa nessa escolha. Hoje, hoje o que eu penso é ajudar alguém. Muitas vezes, as vezes tu vê uma pessoa sentindo sede e tu não ajuda né. [...] Aí tu vê quanto é importante as vezes pequenas coisas, se tu pega um copo d'água, tu sabe que vai tomar um golinho e tu enche o copo, e bota o resto fora, enquanto um monte de gente tá precisando. [...] Bah, muitas coisas que tu deixa de fazer, o que tu fez por egoísmo, tá pensando só em ti mesmo, e não é assim.” (Rafael)

“Porque a gente tem que querer ser, melhor pra gente, melhor pras outras pessoas também. Tu pode dizer pra aquela pessoa que não tá bem do teu lado ‘olha, quem sabe tu faz isso’, pra ti ajudar a melhorar. [...] E as pessoas deveriam ter uma empatia e

se colocar no lugar do outro. Num lugar desse, pelo amor de Deus, como é que tu vai pensar só em ti, na dor do teu umbigo.” (Ana)

4. DISCUSSÃO

Segundo Acosta-Zapata (2017), o enfrentamento pode ser entendido como um tipo de resposta gerada diante de uma situação estressante, ou seja, são as ferramentas ou recursos desenvolvidos para administrar situações externas e/ou internas que de alguma forma interferem na homeostase do indivíduo. O enfrentamento ativo frente à uma doença grave está associada à redução do estresse diretamente ligado à sua patologia. Por outro lado, o enfrentamento passivo ou desadaptativos está associado ao progresso acelerado da doença e ao aumento do estresse emocional.

Embora a maioria dos estressores gere respostas de enfrentamento, cabe dizer que não há melhor ou pior respostas ou estratégias de enfrentamento, mas sim, que estas podem ser distintas entre funcionais ou disfuncionais na medida em que são úteis para a melhor adaptação frente a situação vivenciada. Evidências de um enfrentamento adequado se refletem no bem-estar psicológico e emocional do paciente (ACOSTA-ZAPATA, 2017).

Os tipos de enfrentamento apresentados pelos pacientes, conforme citado pela literatura e apresentados na pesquisa, tem sua origem devido a inúmeros fatores, podendo ser citado, a doença, suas especificidades, o prognóstico, o tratamento realizado, bem como, características do paciente, como sua personalidade, recursos prévios de enfrentamento, mecanismos de defesa já utilizados, espiritualidade e/ou base religiosa, e também em relação ao seu ambiente, como estrutura familiar e seu funcionamento, apoio social e situação socioeconômica (DE HARO, Et al, 2014; ACOSTA-ZAPATA, 2017).

O apoio social e rede de suporte familiar são estratégias que objetivam a melhora da qualidade de vida. Ambos são citados na literatura por serem extensão dos recursos individuais e estarem correlacionados à prevenção de efeitos negativos sobre a saúde, além de potencializar o enfrentamento de situações adversas, resultando em efeitos emocionais e comportamentais positivos, durante a pesquisa pode-se perceber que o apoio percebido pelos pacientes de familiares e/ou amigos, tornou-se fundamental para um enfrentamento mais adaptativo e saudável psicologicamente frente ao período vivenciado.

Para a redução do sofrimento psicológico, o apoio social e/ou familiar tem sido reconhecido pela literatura como fator importante para manutenção da saúde e da qualidade de vida, visto que, a percepção positiva desse suporte apresenta impacto positivo na saúde física e mental, além de representar uma estratégia eficaz para lutar contra a doença (KOLANKIEWICZ et al., 2014; SENGUL et al., 2014).

O suporte social/familiar é um conceito múltiplo e dinâmico, avaliado por meio de três fontes, a saber: emocional, instrumental e informacional. A primeira fonte inclui a percepção do indivíduo sobre a afetividade recebida das pessoas, enquanto que a fonte instrumental se refere à percepção de ajuda de ordem prática, oferecida pelos outros, como, por exemplo, auxílio financeiro ou acompanhamento ao médico, e a terceira fonte, informacional, engloba a percepção de receber informações pertinentes e importantes em determinadas situações, especialmente relacionadas à tomada de decisão (SETTE, CAPITÃO, 2018). Durante a pesquisa observou-se a presença das três fontes de suporte social/familiar, tendo o emocional sido observado em todos os participantes, tendo estes ainda, reconhecido tal apoio como fundamental.

Na ocorrência de uma doença crônica, como o câncer, carregada de estigmas negativos, acredita-se que as redes de apoio social e familiar são de extrema relevância, pois podem oferecer ao doente suporte para superação dos desafios inerentes à enfermidade. Ainda, a disponibilidade de recursos materiais, sociais e/ou emocionais tem influência direta na determinação e na adesão à terapêutica proposta, bem como na efetividade dos resultados. Isso por que as necessidades inerentes ao câncer podem variar ao longo da trajetória da doença, de acordo com o perfil de cada paciente (RODRIGUES, FERREIRA, 2012).

Corroborando com os dados da pesquisa em relação a efetividade do apoio familiar e os benefícios deste, pesquisa realizada por Haro Rodrigues (2014) evidencia que a existência do apoio familiar se relaciona com estratégias ativas de enfrentamento, além disto, Acosta-Zapata (2017) afirma que ter uma família com a capacidade de ser acolhedora é um fator de proteção aos pacientes acometidos por câncer, bem como, esta torna-se um importante fator de enfrentamento diante à doença e suas consequências.

Quando o indivíduo consegue perceber seu suporte social e familiar de forma positiva, este passa a apresentar função reforçadora e benéfica para a saúde e enfraquecedora para o estresse, possibilitando melhorias na qualidade de vida. Todavia, quando o indivíduo percebe o suporte social como inadequado, este poderá influenciar de forma negativa em sua vida, proporcionando aumento do estresse e da probabilidade do desenvolvimento de algumas psicopatologias, como é o caso da depressão (ACOSTA-ZAPATA, 2017).

Na presente pesquisa fora possível a observação da importância dada pelos participantes da pesquisa à presença e ao apoio dada por familiares e amigos, referindo os sujeitos da pesquisa sobre a forma como tais apresentaram-se como força motivadora, tornando-se o apoio familiar e social importante estratégia de enfrentamento frente à doença. Ainda, não tendo sido evidenciada em nenhuma das entrevistas a percepção de suporte social e/ou familiar inadequado pelos participantes desta.

Estudos os quais analisaram a associação entre o suporte social, qualidade de vida e depressão, identificaram que o apoio familiar e/ou social pode reduzir de forma significativa, em pacientes oncológicos, sintomas psicológicos negativos e também depressivos (EOM et al.,2012). Ainda, em estudo com mulheres que tiveram câncer de mama, apresentou como resultado, que o suporte familiar e social, indica efeito moderador em sintomas depressivos e na melhora da qualidade de vida, tanto no que tange aspectos físicos e emocionais (HUANG E HSU, 2013). Em estudos brasileiros, devido à escassez destes, verificou-se especificamente a depressão e qualidade de vida, observando que o suporte social e familiar foi capaz de minimizar sintomas depressivos e influenciou positivamente na qualidade de vida dos pacientes oncológicos (ROMEIRO Et.al, 2012).

Rodrigues e Ferreira (2012) em seu estudo ao analisar a composição das redes de apoio social apontadas pelos doentes, inferiram um predomínio feminino, visto que, as mulheres apresentavam maior competência interpessoal e tendiam a manter relações mais íntimas e duradouras, além de culturalmente terem participação ativa no cuidado gerando maior possibilidade de dar e receber apoio. Ainda nesse contexto, pesquisadores relatam que os cuidados de saúde são predominantemente oferecidos pela família, sendo esta citada como o principal

suporte do doente. Filhos e cônjuges são descritos na literatura como os principais responsáveis pela assistência nos momentos de doença. Tais descritos vão ao encontro das análises realizadas posterior as entrevistas, nas quais a maior parte dos cuidadores era formada por mulheres, e também era basicamente formada por cônjuges e filhos dos participantes da pesquisa.

Em suas pesquisas Sette e Capitão (2018) afirmam que, para pacientes com percepção positiva do seu suporte familiar e social, a relação entre os sintomas depressivos e a dor foi diferente do que para aqueles com percepção negativa do apoio recebido. Ou seja, é possível inferir que a satisfação com o suporte familiar e/ou social demonstrou a redução da probabilidade de sintomas depressivos, modificando relação dos pacientes com a tolerância da dor e impacto causado pela doença em suas vidas.

Esses achados validam os dados analisados através das entrevistas, onde todos os participantes referiram sobre a maneira positiva como o apoio de familiar e amigos interferiu no enfrentamento da doença, bem como, na melhora da qualidade de vida e retomada do cotidiano. Pode-se então considerar que o suporte familiar e/ou social é benéfico no sentido de maior tolerância à dor, auxiliando na redução do nível de dor sentida pelo paciente e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida.

Durante as entrevistas tornou-se claro a importância da rede de apoio (amigos, colegas de trabalho, vizinhos) para os participantes desta, tendo a maioria dos participantes da pesquisa citado a relevância da proximidade destes durante a descoberta do diagnóstico e no período de tratamento. A literatura, confirmando os achados na pesquisa atual, aponta que doentes oncológicos revelam que amigos presentes são considerados não apenas como parte integrante da rede de apoio, mas sim como membros da família (SANCHEZ, et al 2010; RODRIGUES, FERREIRA, 2012). Ressalta-se que o conceito de família não se limita a termos de consanguinidade ou residir em local comum, mas também pelo reconhecimento e sentimento de pertença, proteção e envolvimento afetivo dos membros que a compõem (WRIGHT, LEAHEY 2009)

Em situações estressoras, como durante o tratamento oncológico, a proximidade à pessoas importantes afetivamente, sejam elas familiares e/ou amigos, pode trazer ao paciente sensações de tranquilidade e de estar protegido de

sentimentos negativos, podendo amenizar o sofrimento físico e psíquico, bem como a angústia e o temor (RODRIGUES, FERREIRA, 2012).

Adjunto a importância do apoio familiar e dos amigos, encontra-se descrita na literatura a presença da espiritualidade e/ou da religiosidade como fonte importante na criação e manutenção de estratégias de enfrentamento e coping frente a doença oncológica, seu tratamento e suas especificidades. Além disto, tal tema mostrou-se presente em todas as entrevistas realizadas, sendo a seguir abordado o tema com maior propriedade.

O conceito de espiritualidade atualmente é bastante discutido, havendo sobre este muitas interpretações e análises distintas, embora isto, o que se tem em consonante é seu aspecto dinâmico e inerente ao ser humano. Cabe salientar que os fenômenos da espiritualidade e religiosidade são distintos entre si, o que não impede que estejam em alguns momentos interligados. Quando se fala em espiritualidade, diz-se da busca específica pela conexão com o considerado sagrado, com algo que acresça sentido e significado à existência humana, enquanto que a religiosidade é encarada como a prática da espiritualidade através de dogmas específicos, rituais e crenças peculiares. (XING et al, 2018; KOENIG et al, 2012;)

Como estratégia de enfrentamento frente a situações adversas, em especial a descoberta e sofrimentos inerentes ao diagnóstico, tratamento e prognóstico de uma doença crônica agravada, como as doenças oncológicas, pode ocorrer a utilização do coping religioso/espiritual (CRE) corroborando com as falas dos participantes da pesquisa. Tal conceito, pode definir-se como a utilização de comportamentos religiosos, crenças e a busca pela (re)aproximação do percebido como sagrado, afim de descomplexificar a resolução de algumas problemáticas inerentes ao processo vivenciado, amenizando ou ainda prevenindo o aparecimento de consequências emocionais mais desgastantes, como o estresse e emoções avaliadas como desadaptativas e/ou disfuncionais (SHAHABIZADEH, BAHRAINIAN; 2013).

Em pesquisa realizada por Silva (2019) notabiliza-se que a aplicabilidade do CRE pode ser tanto positiva quanto negativa. Positiva quando tais estratégias resultam em benefícios ao paciente, podendo-se elencar a procura pela proteção e amor de Deus/alguma divindade ou o estreitamento de uma conexão com o sagrado, ao passo que o CRE negativo se dá por meio daquele que onde ocorrem

consequências prejudiciais ao enfrentamento do paciente, como por exemplo quando o paciente busca pela fuga, culpabiliza ou delega a Deus ou a algo tido como sagrado, a responsabilidade pela tomada de decisão e/ou resolução dos problemas.

Através da fala dos participantes da pesquisa é possível perceber o uso bastante específico de CRE positivo, não sendo observado nesta, a utilização de estratégias negativas (CRE negativo). De acordo com Matos et al (2017) a utilização de CRE tem sido realizada por pacientes oncológicos com o intuito de alívio do sofrimento e maior esperança frente a qualidade de vida e melhor manejo da situação. Em relação ao CRE e os cuidados paliativos, evidenciam efeitos positivos aos pacientes, tendo este contribuído para a diminuição do tempo de remissão de sintomas depressivos, bem como do transtorno depressivo.

Na doença oncológica, a qual ainda muito estigmatizada, sendo considerada grave, incurável, evidenciando de certa forma a possibilidade direta com a proximidade de finitude de vida, apesar dos avanços da medicina, em se tratando de prevenção e tratamento. Diante disto, é compreensível que a confirmação diagnóstica para tal enfermidade tende a ser permeada por sentimentos negativos e profundo impacto na vida do paciente, familiares e rede de apoio, resultando em além de sintomas físicos, na alteração/diminuição da qualidade de vida, ansiedade, sintomas depressivos e sofrimento psíquico (SILVA, 2019).

Quando tal sofrimento psicológico se traduz pela angústia advinda da alteração do conjunto de crenças e/ou valores espirituais, instala-se o fenômeno da angústia espiritual. A mesma se manifesta através da preocupação com o sentido da vida e morte, e sobre o próprio sistema espiritual e/ou religioso, culminando em comportamentos desadaptativos, raiva ou culpabilização de Deus, bem como, a procura pelo manejo e amparo espiritual/religioso, e aceitação dos limites do conhecimento acerca de tais temas. (SIMÃO, et al, 2015; HERDMAN TH, KAMITSURU; 2015). Cabe salientar que a angústia psicológica não fora analisada e nem referida por nenhum dos participantes da atual pesquisa embora isto, o conceito da mesma é importante de ser observado devido aos possíveis danos e sofrimento psicológico que poderá atingir o paciente, e o quão mais vulnerável poderá tornar-se este.

Silva (2019), aponta que, com pacientes acometidos pelo câncer, quanto maior o uso de estratégias de CRE positivo menor é a presença de angústia espiritual, ao passo que, em pacientes que faziam uso de CRE negativo maior fora a estatística de angustia espiritual percebida entre estes. Ainda como resultado, percebeu-se a importante da presença da religião e/ou da espiritualidade, tendo sido utilizada com bastante frequência e de maneira bastante intensa como estratégia de coping e enfrentamento diante da doença oncológica e suas especificidades. Desta forma, pode-se inferir que a angústia espiritual não tenha aparecido de forma evidente na pesquisa em questão, devido aos participantes desta, terem se utilizado de CRE positivo, tornando-se esta uma estratégia mais adaptativa e elaborada, no auxílio ao enfrentamento no momento vivenciado.

O diagnóstico e posterior tratamento oncológico traz consigo de forma inerente, procedimentos invasivos e agressivos, os quais de maneira geral podem resultar em efeitos colaterais desfavoráveis, física e psicologicamente, conforme citado durante a entrevista pela maioria dos pacientes, mostrando-se neste sentido a espiritualidade e religiosidade como mecanismos que podem auxiliar no encontro de significado ao momento atual, bem como, tornar-se meio facilitador da minimização de tais sintomas, sendo estas práticas complementares a terapêutica médica tradicional (SILVA, 2019; BORGES, et al, 2017; JIM, et al, 2015; MATOSO, et al, 2015), estando tal afirmação tangente com as análises das falas dos participantes da pesquisa, os quais evidenciam a busca da espiritualidade/religiosidade como forma de conforto, segurança e enfrentamento.

Torna-se então evidente as alterações na rotina, qualidade de vida e outras tantas mudanças ocorridas com pacientes oncológicos, sendo tais, citadas por todos os participantes da pesquisa, ao longo de toda a entrevista, particularmente no tocante a temática de sentido de vida, o que diretamente poderá afetar (positiva ou negativamente) a forma como o enfrentamento do processo de adoecimento é percebido, incluindo neste, seus princípios religiosos e espirituais (CALDEIRA, et al, 2017).

O bem estar espiritual pode ser encarado como parte integrante da qualidade de vida, para pacientes com câncer a espiritualidade/religiosidade é reconhecida por auxiliar os pacientes a sentirem-se melhor e mais tranquilos com seu próprio

subjetivo, com seus valores e crenças, aprendidos, construídos e executados ao longo da vida, sendo fonte importante de apoio e esperança, posterior ao diagnóstico e tratamento, facilitando a reorganização psicológica destes (JAFARI, et al, 2013; SWINTON, et al, 2011). Desta forma, fica evidente a correlação do acometimento pelo câncer e o aumento da reflexão sobre o sentido e significado da vida, finitude, bem como a conversão da religiosidade/espiritualidade como ferramenta importante à homeostase psíquica.

Durante as entrevistas, os participantes evidenciaram alguns rituais, dos mais elaborados aos mais 'simples' os quais lhe traziam a sensação de bem-estar e a proximidade com o considerado por estes como sagrado, assim a espiritualidade e/ou a religiosidade são associadas de maneira positiva ao aumento da qualidade de vida de pacientes oncológicos, sendo fonte de recuperação psíquica, enfrentamento e melhora da autoestima. Atividades como ler a bíblia ou outro livro entendido como sagrado, cantar músicas religiosas, rezar são descritas como fonte de força, ainda que atividades não percebidas inicialmente como tangentes à fé dos pacientes, como ouvir música, observar e admirar a natureza, meditar podem sim, estar diretamente atreladas ao objetivo de entender e explorar o sentido da vida. (PEREZ-HERNANDEZ, 2019).

Alguns participantes por sua vez, relataram a importância da oração e rezas, tendo estas como hábito diário, assim evidencia-se a busca pelo apoio religioso e/ou espiritual, através principalmente de orações, com o objetivo de aproximação de algo superior, tendo tal atividade a capacidade de crescer otimismo e maior tranquilidade ao processo de enfrentamento da doença, pactuando com a conceituação de De Oliveira (2016).

A espiritualidade e religiosidade então pode ser percebida como importante aliada na promoção de saúde, na medida que trabalha também com questões de cunho inconsciente, tendo embasamento em valor e motivações subjetivas e também coletivas. No cuidado paliativo a espiritualidade e/ou religiosidade tornam-se prioridades dentre as demais terapêuticas, visto, a ideia de cuidado integral ao paciente, percebendo suas diferentes necessidades, integrando ainda a reconhecida fonte de bem estar estabelecida pela mesma, principalmente por pessoas que estejam vivenciando o processo de morrer. Tornando-se esta essencial ao cuidado,

devido aos seus efeitos positivos, promoção de conforto e diminuição do sofrimento aos pacientes, familiares e rede de apoio envolvidos no processo (DE OLIVEIRA, 2016).

O impacto do diagnóstico oncológico adjunto com as possíveis alterações na aparência e cotidianos do paciente pode produzir diferentes emoções, mas a presença e intensidade com que se manifestam, será mediada pelos estilos de apoio com os quais tais pacientes podem contar, bem como, pelos recursos psicológicos já predispostos por tais. Esses estados emocionais influenciam diretamente na saúde do paciente, podendo tais potencializarem ou minimizarem possíveis desconfortos e/ou sofrimentos (ACOSTA-ZAPATA, 2017). A variedade dos sintomas apresentados inicia com o diagnóstico e permanece no decorrer da doença e do tratamento, com isso, outros sentimentos angustiantes, como o desespero, o medo, a raiva, as incertezas e a descrença, entre outros, podem prevalecer (SILVA, 2019)

Em pesquisa realizada por Martínez (2014), os resultados apontam para que mulheres com maiores níveis de autoestima, melhor apoio social e familiar, bem como, melhores estratégias de enfrentamento apresentam melhor organização emocional e bem estar psicológico, visto que o sofrimento emocional de tais pacientes está diretamente ligado ao significado que atribuem a doença, seus sintomas e especificidades, sendo assim, a intensidade com que vivenciam tais eventos dependerá de características de personalidade de cada paciente e também da capacidade de se utilizar de estratégias de coping.

Torna-se imprescindível conceber de forma singular e única cada estrutura e dinâmica familiar do paciente oncológico, bem como, perceber a importância do contexto cultural, social e religioso para tal paciente. Entendendo então que diante de cada dinâmica estabelece uma forma de enfrentamento diferenciada (Moreno, Lara, Alvarado, 2014; Aguilar et. al, 2013)

Diante do fato do câncer ainda ser considerado como uma doença devastadora, esta pode ser interpretada como castigo, punição, envolvendo sentimentos difíceis de serem administrados, como estigma social, medo da morte, revolta, irritação, angústia, desespero e não aceitação (LÔBO et. al, 2014; ALVARES, 2017). Em se tratando especificamente do câncer de mama as alterações do cotidiano são decorrentes do tratamento, o qual ocasiona inúmeras

repercussões, incluindo mudanças na imagem corporal, decorrentes da alopecia, ganho de peso, cicatriz e perda da mama em alguns casos, o que repercute de forma direta na sexualidade e autoestima da mulher. Reações como astenia, fadiga, náusea, vômito, insônia, perda de apetite, alterações no peso corporal, alopecia e dispneia, em geral, são decorrentes do tratamento quimioterápico e podem ocasionar tristeza, ansiedade e vergonha (LÔBO et. al, 2014; GERALDINI, MOURA 2018; SILVEIRA et. al, 2016)

Neste contexto do adoecimento por doença estigmatizante, o estresse psicológico configura evento frequente na vida de muitos pacientes com câncer, na maioria dos casos, é decorrente das preocupações relacionadas à autoimagem, mudanças na autonomia e independência, além disto, não é incomum que este acarrete em sentimentos de vulnerabilidade, tristeza e medo, podendo despertar em pacientes acometidos pelo câncer situações debilitantes, como depressão, ansiedade, pânico, isolamento social, crise existencial e espiritual (ARAÚJO et. al 2019; OLIVEIRA, SILVA, PRAZERES, 2017).

A ansiedade e o estresse são estados emocionais encontrados nos pacientes oncológicos tanto no momento do diagnóstico como durante o tratamento, seja ele cirúrgico, quimioterápico, radioterápico ou adjacente. O câncer atinge a integridade psicológica do paciente, podendo tornar o mesmo fragilizado e vulnerável à depressão, ansiedade e a sintomas como estresse, angústia, medo de uma recidiva, distúrbios do sono, dor, alterações na imagem corporal, disfunção sexual, pensamentos intrusivos a respeito da doença, ansiedade persistente, e elaborações existenciais, incluindo-se aí a questão da morte (LUFIEGO, SCHNEIDER, 2017).

Os impactos psicológicos da doença oncológica, podem ser minimizados em pacientes que possuem melhor estrutura familiar e rede de apoio. Sendo importante ainda, que os pacientes oncológicos mantenham suas atividades diárias, devendo estes serem auxiliados por seus familiares sempre que preciso. Os familiares e/ou rede de apoio, ainda devem propiciar ao paciente que o mesmo possa expressar os sentimentos relacionados à patologia e vivências relacionadas à esta. Deve-se também se deter ao fato de que muitas vezes os familiares também vivenciam problemas emocionais frente à doença de seu familiar, sendo que o estresse e a

depressão ocorridos em membros da família podem desencadear sintomas desadaptativos, ansiedade e também depressão nos pacientes (LUFIEGO, SCHNEIDER, 2017).

Ao receberem o diagnóstico oncológico, alguns pacientes se revelaram totalmente surpresas, podendo tal reação psicológica ter ocorrido devido a confirmação da doença, visto que diante do mesmo, foi-se colocado em contato com a finitude inerente à vida, uma vez que o câncer evidencia a fragilidade da condição humana. Parte dos pacientes incluídos no estudo de MENEZES, SCHULZ, PERES (2012) que se revelaram surpresas e tensas diante da confirmação do diagnóstico, relataram que não sabiam exatamente o que fazer frente a essa situação, já que experimentaram uma desestruturação pessoal e familiar significativa. Tal fato consolida os sentimentos descritos pelos participantes da pesquisa, os quais relatam terem se sentido estagnados ou ainda em choque diante do diagnóstico.

Posterior ao momento inicial parte das pacientes integrantes da pesquisa de MENEZES, SCHULZ, PERES (2012) deu início a um processo lento e gradual de aceitação da doença. As mesmas apresentaram, na etapa inicial do processo, atitudes de enfrentamento que variaram de uma aceitação mais passiva, com elementos de conformismo à uma aceitação mais ativa, reveladora, sobretudo mediante a busca de informações, de uma postura de contraposição em relação à doença com espírito de luta. O que igualmente tornou-se evidente na atual pesquisa, visto a verbalização de alguns participantes da pesquisa, que enfocaram em suas mudanças de postura frente ao enfrentamento da doença, mostrando-se mais ativos ao longo do tratamento oncológico, bem como, nas decisões sobre sua rotina.

O estudo realizado por Menezes, Schulz e Peres (2012) revelaram que o diagnóstico do câncer causou, entre uma parcela expressiva das participantes, um impacto psicológico importante, tendo desencadeado experiências de surpresa e tensão, motivando demonstrações de aceitação e força, com algumas tentativas de explicação da doença, acarretando na redefinição de alguns relacionamentos e intensificando a busca da religiosidade e fé. Todos estes achados também são descritos pelos participantes da pesquisa atual os quais referem de forma clara sobre os impactos do diagnóstico e tratamento oncológico, bem como sobre suas formas como delinearam suas estratégias de enfrentamento.

O temor à morte é bastante presente no dia a dia de pacientes oncológicos, onde nesta situação a questão de finitude ultrapassa as barreiras do medo, dando lugar ao horror que a doença representa. Sob esta perspectiva, a atenção em cuidados paliativos ganha destaque no contexto atual de humanização em saúde. Este cuidado dentre seus principais objetivos busca suavizar a angústia e o medo do desconhecido que acompanham a doença, bem como, foca igualmente no controle dos sintomas. Logo, a proposição dos cuidados paliativos surgiu para possibilitar uma atenção especial aos pacientes crônicos e terminais, enfatizando um possível bem-estar, dentro das limitações existentes em cada quadro clínico (FERREIRA e RAMINELLI, 2012).

Estudo realizado por Ferreira e Raminelli (2012), observou-se a existência de representações veladas sobre a questão da terminalidade oncológica. Tal questão tendo sido observada por pacientes em cuidados paliativos reforça a ideia de que os mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes são um dos grandes aliados para burlar a realidade e manter minimamente o equilíbrio emocional momentâneo. Pois os sujeitos consideram a esperança de cura constante, associado à crença religiosa fortemente manifestada nesta população. Outro fator importante encontrado contrapondo a negação da doença é o temor em relação ao sofrimento que os familiares manifestariam em função de sua falta. Este aspecto também pode ser observado através da análise das entrevistas, bem como, na observação dos participantes desta durante a execução da aplicação da pesquisa, visto que, os mesmos em sua totalidade recuaram e/ou ainda abordaram o assunto da finitude e/ou possibilidade breve desta de forma muito distante e indiferentes.

Os sentimentos associados ao processo de luto podem ser compreendidos a partir das ideias de Kübler-Ross (1981/2017) sobre as fases de enfrentamento de uma perda, seja ela real ou potencial. Assim, os pacientes hospitalizados atravessam os estágios de negação, raiva, barganha, depressão e, por fim, aceitação da perda. De acordo com a literatura, existe a possibilidade de o sujeito não vivenciar, obrigatoriamente, todos estes estágios ou até mesmo vivenciá-los em uma ordem aleatória.

Pontos destacados como negativos por pacientes hospitalizados corroboram a ideia de que, durante o processo de hospitalização, o paciente sofre diversas

formas de perdas. Sendo assim, o sujeito precisa vivenciar o processo de luto para adaptar-se ao novo estilo de vida imposto pela situação de adoecimento (FLORISBAL; DONELLI, 2017). Esta sequência de possíveis perdas e lutos poderá contribuir para que o paciente revisite e reviva outras perdas vivenciadas ao longo de sua vida, como, por exemplo, o falecimento de um familiar ou pessoa significativa (GOIDANICH; GUZZO, 2012). Ao encontro de tal, durante as entrevistas, alguns pacientes relatam sobre perdas diante da hospitalização, bem como, em relação às restrições ocorridas devido ao tratamento e manejo das possíveis reações adversas, acarretando em uma mudança brusca da rotina de vida, ainda, inferem sobre experiências de perdas de familiares e/ou amigos os quais também eram acometidos por doenças oncológicas.

Pacientes oncológicos hospitalizados, convivem com perdas diárias, como: a perda da saúde, do corpo perfeito, de papéis sociais, e em certa medida a “perda de si”. E são estas experiências de perda que propiciam a vivência do luto antecipatório, o luto que compreende ao momento anterior à morte, e tange questões inerentes as perdas ocorridas ao longo do adoecimento e tratamento da doença em questão (OLIVEIRA; CAVALCANTE; CARVALHO, 2019). Além do sofrimento ligado ao fato de ser acometido por doença oncológica, há também um sofrimento relacionado às modificações corporais acarretadas pelo câncer, que incidem significativamente no psiquismo dos pacientes oncológicos (CASTRO-ARANTES; LO BIANCO, 2013).

Embora muitas das estratégias de enfrentamento psicológico diante de uma doença grave, como o câncer, sejam experimentadas e utilizadas por um número grande de pacientes, é importante observar que a experiência de estar com câncer mostra-se única e singular para cada paciente, sendo então possível que estes experimentem sensações e sentimentos igualmente singulares, bem como, façam o uso de diferentes estratégias de coping. O câncer instala-se sobre o corpo fazendo-o perder funcionalidade, vitalidade, modifica seus padrões e exige que o paciente se adapte a uma nova rotina, e a uma realidade que pode mostrar-se como ameaça à integridade da vida. Diante de tais mudanças corporais e físicas, torna-se compreensível que aconteça também uma desordem psíquica, a qual vai além da mudança da autoimagem, perpassando pelo não se reconhecimento de um novo

corpo que não responde ou corresponde às expectativas e planos passados de vida (OLIVEIRA; CAVALCANTE; CARVALHO, 2019).

Ao longo das entrevistas ficou evidente, que os participantes da pesquisa relatam sobre os sentimentos iniciais posterior ao diagnóstico, bem como, ao início do tratamento, embora isto, também é possível verificar na fala dos pacientes a mudança de comportamento e de sentimentos experimentados ao longo do tratamento, estando os pacientes entrevistados mais voltados à ressignificação da doença e do momento vivenciado por eles. Tal fato é validado por Oliveira, Cavalcante E Carvalho (2019), que observam em estudo que a raiva, a revolta e a evitação surgiram com grande intensidade, embora isto, pudera observar a resignação e ressignificação através dos relatos obtidos. Notando ainda, que a maneira como cada um dos pesquisados lida com as implicações psicológicas do adoecimento está relacionada às características prévias, sejam elas pessoais e/ou de visão de mundo, tendo estas posterior ao diagnóstico e início de tratamento tornado-se mais intensificadas.

Em relação a escolha do tipo de estratégia utilizada dependerá de uma série de fatores, como por exemplo, a natureza do evento tido como estressor, a ocasião em que este ocorreu, bem como suas possíveis repetições, como o histórico de estratégias de enfrentamento já utilizadas pelo sujeito. Desta forma, cada pessoa desenvolverá suas próprias reações diante da situação estressora, podendo estas serem de cunho consciente tornando-se estratégias de enfrentamento e/ou ainda de forma inconsciente tendo como suporte mecanismos psicológicos de defesa (Silva, Zandonade, Amorim, 2017).

Essa enfermidade é responsável por gerar revolta no indivíduo acometido, posto que este se sente coberto de incertezas, de preocupações com o futuro e, principalmente, com medo da morte (MATTOS, 2016). As mudanças desencadeadas pelo processo de adoecimento podem gerar crises, principalmente devido ao estresse desenvolvido pela mudança na rotina familiar, aumento dos gastos financeiros, insegurança, medo da morte, inversão e divisões de papéis familiares (LUZ ET AL., 2016). O diagnóstico de câncer abala as pessoas e gera medo do desconhecido. É um momento de angústia e incertezas, especialmente quanto ao tratamento e aos procedimentos. Esta é uma fase tensa e estressante em que os

pacientes e familiares vivem momentos de incertezas, os quais determinam mudanças no cotidiano e nas relações familiares.

As dificuldades impostas pelo câncer ao indivíduo acometido e familiares fazem com estes busquem apoio de diversas naturezas. Entre os participantes do estudo, destacou-se a busca de apoio espiritual, familiar e dos amigos. Todo ser humano necessita manter relações afetivas, especialmente nos momentos mais difíceis, estressantes, a fim de que possa melhorar sua qualidade de vida e tornar as estratégias de enfrentamento mais eficazes. Relações afetivas são imprescindíveis para se manter o bem-estar físico e psicológico de qualquer pessoa (MATTOS, 2016)

Todas estas questões, além de apontadas pela literatura, puderam ser melhor observadas durante a coleta dos dados desta pesquisa, onde os participantes aproveitavam para compartilhar sua história de vida, suas vivências diante de um diagnóstico ainda tão rotulado, diante de um tratamento que, na maioria das vezes, é cansativo, prolongado, contendo de efeitos adversos, suas esperanças, alegrias, anseios, medos e angústias, em relação ao prognóstico, tratamento e qualidade de vida. Além dessas vertentes e sentimentos observados, quase a totalidade da amostra pontuou que sentem falta de um espaço em que possa verbalizar e expressar seus sentimentos, sendo estes validados e levados em consideração pelos familiares, amigos e equipe assistencial, tornando assim as dificuldades e dores emocionais mais brandas e fáceis de serem ressignificadas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, diante dos dados apresentados, fica evidente que a assistência à saúde não se limita aos aspectos biológicos do sujeito, e que os profissionais da área devem executar intervenções as quais abranjam questões referentes às dimensões religiosa e espiritual, acerca do apoio familiar e social, bem como sobre os sentimentos vivenciados pelo paciente desde seu diagnóstico, durante o tratamento e em seu processo ativo de morte, diante da doença ameaçadora de vida, favorecendo assim melhores resultados na condução do atendimento realizado ao paciente.

Discutir o trabalho da psicologia no âmbito hospitalar torna-se essencial, visto que é por meio dela que poderá se proporcionar um espaço de escuta diferenciada ao sujeito, considerando suas particularidades e compreendendo o percurso de sua doença. Destaca-se ainda o papel do psicólogo, pois tratando-se do atendimento psicológico fornecido aos pacientes é necessário atentar para a história da perda familiar, assim como para o histórico de saúde desse sujeito. Apesar da investigação frente ao adoecimento do paciente ser um tópico sempre investigado pela Psicologia Hospitalar, no contexto do paciente enlutado, isso torna-se mais relevante ainda, pois como visto nos resultados da pesquisa e na literatura, o sujeito que perde um familiar pode manifestar doenças físicas.

A partir de sua escuta qualificada o psicólogo permite que os participantes da pesquisa possam dizer e ressignificar seus sentimentos em face da morte, reflexões que se tornam inevitáveis quando a proximidade do falecimento está demarcada em seu corpo. Estudos que abordem os efeitos psicológicos das mudanças, reações e transformações psicológicas causados pelo câncer, a importância do apoio familiar e social e o impacto da espiritualidade e religiosidade são necessários na medida em que permitem a aproximação, por parte da equipe de saúde, à vivência desses sujeitos, tornando-se instrumento de trabalho qualificado para atuação da Psicologia Hospitalar, bem como, da Psicologia inserida em Cuidados Paliativos.

Reconhece-se da mesma forma, a importância das equipes multiprofissionais e da execução de planejamento, ações e intervenções interdisciplinares com o referido público, buscando perceber a totalidade e singularidade de cada sujeito, respeitando suas crenças, valores e desejos, objetivando um cuidado humanizado, integral e agregador. Neste sentido, reforça-se a importância da presença e continuidade da Residência Multiprofissional com ênfase em hemato-oncologia dentro dos serviços públicos de saúde, devido a potência de suas ações, o formato abrangente de trabalho e o olhar ampliado característico deste formato de atuação.

Afirma-se ainda que trabalhos como esse enriquecem e contribuem para o conhecimento científico de forma que agrega e amplia as informações sobre a área, e também auxiliam profissionais da saúde, principalmente psicólogos, a traçarem estratégias terapêuticas e efetivas em sua prática. É necessário o desenvolvimento de novos estudos com esta temática para aumentar as opções disponíveis para os profissionais que trabalham com pacientes que acometidos pelo câncer, principalmente para os encontram-se em cuidados paliativos. Além disso, uma vez que os profissionais conhecem a correlação existente entre o enfrentamento e a ansiedade, eles podem desenvolver medidas para implementar e ajudar os pacientes a eleger estratégias de enfrentamento eficientes e, como consequência, reduzir o nível de ansiedade dos seus pacientes, o que será de grande valia para o tratamento como um todo.

Entretanto, considerando as condições da realização desse trabalho deparou-se com algumas limitações, pois mesmo sendo uma pesquisa qualitativa entende-se que a coleta foi realizada em uma amostra reduzida, salienta-se que houve impeditivos como a limitação de tempo, devido aos pacientes em sua maioria permanecerem por breves períodos internados, estando estes na maior parte do tempo de internação, realizando a aplicação de quimioterapia e/ou realizando outros procedimentos médicos e de enfermagem; a falta de uma sala reservada especificamente para a realização das entrevistas, sendo percebido como o maior fator limitante o fato de que muitos pacientes não possuem ciência completa sobre seu quadro clínico, prognóstico e o fato de que encontram-se em cuidados paliativos exclusivos não sendo mais possíveis medidas curativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA-ZAPATA, Estefany et al . Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. **Horiz. sanitario**, Villahermosa , v. 16, n. 2, p. 139-148, agosto 2017 . Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200774592017000200139&lng=es&nrm=iso>. Acesso em em 05 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.19136/hs.v16i2.1629>.

AGUILAR C. M.J., NERI S. M., MAR V N.. GÓMEZ V E. Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. **Nutrición Hospitalaria**.2013;28(5):1453-1457

ALVARES RB, SANTOS IDL, LIMA NM, MATTIAS SR, CESTARI MEW, GOMES NCRC, ET AL. Sentimentos despertados nas mulheres frente ao diagnóstico de câncer de mama. **J Nurs Health**. 2017;7(3):1-10. DOI: <HTTP://DX.DOI.ORG/10.15210/JONAH.V7I3.12639>

ARAUJO RV, FERNANDES AFC, NERY IS, ANDRADE EMLR, NOGUEIRA LT, AZEVEDO FHC. Meditation effect on psychological stress level in women with breast cancer: a systematic review. **Rev Esc Enferm USP**. 2019;53:e03529. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018031303529>

ARAÚJO RV, NERY IS, FERNANDES AFC, CAMPELO RCV, FREITAS FRNN, BATISTA MMSL, et al. Repercussions of therapy for breast cancer on woman's quality of life. **Int Arc Med**. 2016;9(100):1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.3823/1971>

BORGES ML, CALDEIRA S, LOYOLA-CAETANO EA, MAGALHÃES PAP, ARECO FS. PANOBIANCO MS. **Spiritual/religious coping of women with breast cancer. Religions**. 2017;8(11):254. doi: 10.3390/rel8110254

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução N° 466, De 12 De Dezembro De 2012**. Brasília,2012. Disponível em < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 17 de dezembro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução N° 510, De 07 De Abril De 2016.** Brasília,2016. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em 17 de Dezembro de 2019.

CALDEIRA S, TIMMINS F, CARVALHO EC, VIEIRA M. Spiritual well-being and spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy: utilizing the SWBQ as component of holistic nursing diagnosis. **J Relig Health.** 2017;56(4):1489-502. doi: 10.1007/s10943-017-0390-4

CASTRO-ARANTES, J. M., & LO BIANCO, A. C. (2013). Corpo e finitude: A escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(9), 2515-2522. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900005>

COSTA, P., & LEITE, R. C. B. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, pg. 355-364, 2009

CRUZ, ALINE CRISTINA. **Amostragem intencional: definição e aplicações na pesquisa econômica estatística econômica.** Universidade Federal De São João Del-Rei. São João Del-Rei 2014

DE CASTRO, ELISA KERN KERN et al. Percepção da doença e enfrentamento em mulheres com câncer de mama. **Psicologia: teoria e pesquisa**, vol.32, no.3, Brasília, 2016.

DE HARO R. MA., GALLARDO V. LS., MARTÍNEZ M. L., CAMACHO C. N., VELÁZQUEZ T. J., PAREDES H. E. Factores relacionados con las diferentes

estrategias de enfrentamento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. **Rev. Psicooncología**.2014;11(1):87-9

DE OLIVEIRA ARRIEIRA, ISABEL CRISTINA ET AL. Espiritualidade e o processo de morrer: reflexões de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos. **av.enferm**. [online]. 2016, vol.34, n.2, pp.137-147. ISSN 0121-4500.

FANGEL, L. M. V.; CARDOSO, R. C. Noções de Oncologia e Atuação do Terapeuta Ocupacional no Câncer de Mama e de Pulmão. **In: Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos**, p.160. São Paulo. Editora Payá, 2018.

FELDMANN, Maíra Pellin. **Comunicação de más notícias a pacientes em cuidados paliativos: um estudo exploratório das percepções de pacientes e familiares**. 2016.

FERREIRA, VANESSA DOS SANTOS; RAMINELLI, ORILETE. O olhar do paciente oncológico em relação a sua terminalidade:: ponto de vista psicológico. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 101-113, jun. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0858201200010007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 15 jan. 2020

FLORISBAL, GABRIELA SANTOS; DONELLI, TAGMA MARINA SCHNEIDER. Revivendo perdas: um estudo com pacientes hospitalizados em uma unidade de internação. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 75-98, jun. 2017 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0858201700010006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 18 nov. 2019

GERALDINI MCCS, MOURA L. Sentimentos relatados por mulheres mastectomizadas: uma revisão sistematizada. **Rev Uningá** [Internet]. 2018

Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1128> . Acesso em 18 de out. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ªed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOIDANICH, M., & GUZZO, F. (2012) Concepções de vida e sentimentos vivenciados por pacientes frente ao processo de hospitalização: o paciente cirúrgico. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, 15(1), 232-248. Disponível em : http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 de dez. 2019.

GOMES, ROSA MARIA SILVA; PEREIRA, ANABELA MARIA SOUSA. Estratégias de coping em educadores de infância portugueses. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 12, n. 2, p. 319-326, 2008.

HIDALGO-TROYA, ARSENIO e tal. Coping and Quality of Life in Oncologic Patients of the Province of Nariño, Colombia. **Revista de la Facultad de Medicina**, v. 64, n. 2, p. 181-188, 2016

HERDMAN TH, KAMITSURU S, organizadoras. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed; 2015
HUANG, C-YU, & HSU, M-CHI. (2013). Social support as a moderator between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors. **European Journal of Oncology Nursing**, 17, 767-774. doi: 10.1016/j.ejon.2013.03.011

INCA. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. 4. ed. rev. atual. Rio de Janeiro, 2018.

JAFARI N, FARAJZADEGAN Z, ZAMANI A, BAHRAMI F, EMAMI H, LOGHMANI A. Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing

radiation therapy. **Support Care Cancer**. 2013; 21(5):1219-25.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00520-012-1650-1>

JIM HS, PUSTEJOVSKY JE, PARK CL, DANHAUER SC, SHERMAN AC, FITCHETT G, et al. **Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: a meta-analysis**. **Cancer**. 2015;121(21):3760-8. doi: 10.1002/cncr.29353

KOENIG HG, KING DE, CARSON VB, editors. **Handbook of religion and health**. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2012.

KOLANKIEWICZ, A. C. B., SOUZA, M. M., MAGNAGO, T. S. B. S., & DOMENICO, E. B. L. (2014). Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 35(1), 31-38. doi: 10.1590/1983-1447.2014.01.42491

KÜBLER-ROSS, E. (2017). **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. São Paulo: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1981)

LAZARUS, RICHARD S.; STRESS, S. FOLKMAN. **Appraisal and Coping** New York. 1984.

LÔBO SA, FERNANDES AFC, ALMEIDA PC, CARVALHO CML, SAWADA NO. Quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. **Acta Paul Enferm**. 2014;27(6):554-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400090>

LUFIEGO, CLAUDIA ADRIANA FACCO; SCHNEIDER, RODOLFO HERBERTO; BOS, ÂNGELO JOSÉ GONÇALVES. Avaliação do estresse e ansiedade em pacientes quimioterápicos submetidos a relaxamento. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 18, n. 3, p. 789-800, Dec. 2017 . Available from <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-0086201700030

0013&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Feb. 2020.
<http://dx.doi.org/10.15309/17psd180313>.

LUZ, K. R., VARGAS, M. A. O., BARLEM, E. L. D., SCHMITT, P. H., RAMOS, F. R. S., & MEIRELLES, B. H. S. (2016). Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 69(1), 67-71

MARTÍNEZ I. L. **Impacto psicológico de la mastectomía en la mujer: el rol de la enfermera**. Tesis 2014. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10810/13007>> Acesso em 10 de dez. 2019.

MATOSO LML, ROSÁRIO SSD, MATOSO MBL. As estratégias de cuidados para o alívio dos efeitos colaterais da quimioterapia em mulheres. **Saúde**. 2015;41(2):251-60. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583410883>

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

MATOS TDS, MENEGUIN S, FERREIRA MLS, MIOT HA. Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2017;25:e2910. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1857.2910>

MATOSO LML, ROSÁRIO SSD, MATOSO MBL. As estratégias de cuidados para o alívio dos efeitos colaterais da quimioterapia em mulheres. **Saúde**. 2015;41(2):251-60. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583410883>

MATTOS, KARINE ET AL . Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 8, n. 1, p. 01-06, jun. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X201600010001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 nov. 2019.

MENEZES, NATÁLIA NOGUEIRA TEIXEIRA DE; SCHULZ, VERA LUCIA; PERES, RODRIGO SANCHES. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um

estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal , v. 17, n. 2, p. 233-240, Aug. 2012 Acesso em 15 Fev. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200006>.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2015.

MORENO L. S.L., LARA M. FU., ALVARADO A. S. **Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama**. Gaceta Mexicana de Oncología.2014;13(1):47-52.

OLIVEIRA FBM, SILVA FSS, PRAZERES ASB. Impacto do câncer de mama e da mastectomia na sexualidade feminina. **Rev Enferm UFPE On line** [Internet]. 2017 [citado 2018 maio 22]; 11 Supl.6:2533-40. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23421/19103>

OLIVEIRA, DHIENE SANTANA ARAÚJO; CAVALCANTE, LUCIANA SUELLY BARROS; CARVALHO, RICARDO TAVARES DE. Sentimentos de Pacientes em Cuidados Paliativos sobre Modificações Corporais Ocasionadas pelo Câncer. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 39, e176879, 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100105&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 dez. 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados Paliativos**. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>> Acesso em 14 de março de 2019.

PEREIRA, THAYANNE BRANCHES; BRANCO, VERA LÚCIA RODRIGUES. As estratégias de coping na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 1, n. 8, 2016.

PEREZ-HERNANDEZ, S. et al. Espiritualidad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa. **Enferm. univ** [online]. 2019, vol.16, n.2,

pp.185-195.

ISSN

2395-8421.

<http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.643>.

RODRIGUES, JULIANA STOPPA MENEZES AND FERREIRA, NOELI MARCHIORO LISTON ANDRADE. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.5 [cited 2020-02-09], pp.781-787. Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000500021&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1982-0194.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500021>.

ROMEIRO, F. B., BOTH, L. M., MACHADO, A. C. A., LAWRENZ, P., & CASTRO, E. K. (2012). O apoio social das mulheres com câncer de mama. *Revista Psicologia e Saúde*, 4(1), 27-38. Disponível em <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/122/209>. Acesso em 12 de novembro de 2019.

SANCHEZ KO, FERREIRA NM, DUPAS G, COSTA DB. [Social support to the family of the cancer patient: identifying ways and directions]. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(2):290-9

SANTOS, QUELI NASCIMENTO. Estratégia de Enfrentamento (Coping) da Família Frente a um Membro Familiar Hospitalizado. Uma Revisão de Literatura Brasileira. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, v. 21, n. 2, p. 40-47, 2014.

Sengul, M. C. B., Kaya, V., Sen, C. A., & Kaya, K. (2014). Association between suicidal ideation and behavior, and depression, anxiety, and perceived social support in cancer patients. *Medical Science Monitor*, 20, 329-336. doi: 10.12659/MSM.889989

SETTE, CATARINA P.; CAPITAO, CLÁUDIO G.. Efeito moderador do suporte social em pacientes oncológicos. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 19, n. 2, p. 265-277, ago. 2018. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-0086201800020

0009&lng=pt&nrm=iso>.acesso em 09 dez. 2019.
<http://dx.doi.org/10.15309/18psd190209>.

SHAHABIZADEH F, BAHRAINIAN AM. Causal model of spiritual coping strategy in crisis parental religiousness and perceived attachment childhood. **J Med Fig.** 2013;5(15,16):96-117

SILVA, GABRIELA CRUZ Noronha et al . Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, n. 6, p. 1534-1540, Dec. 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601534&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Jan. 2020.

SILVA AV, ZANDONADE E, AMORIM MH. Ansiedade e o enfrentamento de mulheres com câncer de mama em quimioterapia. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet]. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2891.pdf> Acesso em 17 dez, 2019.

SILVEIRA CF, REGINO PA, SOARES MBO, MENDES LC, ELIAS TC, SILVA SR. Quality of life and radiation toxicity in patients with gynecological and breast cancer. **Esc Anna Nery.** 2016;20(4):e20160089. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160089>

SIMÃO TP, CHAVES ECL, IUNES DH. Spiritual distress: the search for new evidence. **J Res Fundam Care** Online. 2015;7(2):2591-602. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2591-2602

SWINTON J, BAIN V, INGRAM S, HEYS SD. Moving inwards, moving outwards, moving upwards: The role of spirituality during the early stages of breast cancer. **Eur J Cancer Care** (Engl). 2011; 20(5): 640-52. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01260.x>

TRIVIÑOS, Augusto. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

XING L, GUO X, BAI L, QIAN J, CHEN J. Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer? a meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. **Medicine** (Baltimore). 2018;97(35):e11948. doi: 10.1097/MD.00000000000011948

WRIGHT LM, LEAHEY M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 4a ed. São Paulo: Roca; 2009.

APÊNDICE A – ENTREVISTA

1 Caracterização do participante

- Nome:
- Idade:
- Estado Civil:
- Escolaridade:
- Profissão:
- Same:
- Diagnóstico:
- Tratamento Atual:
- Via alternativa de alimentação:
- Peso/altura atual:
- Perda de peso e tempo:
- Nome fictício (escolhido pelo participante):

2 Percepções a respeito do cuidado multiprofissional

- Como você descreve sua rotina no hospital?
- Quais atividades significativas do seu cotidiano você consegue manter no hospital?
- Quais atividades você gostaria de retomar? Por que ela é importante para você?
- O que significa alimentação para você hoje?
- Você precisou fazer adaptações alimentares para conseguir comer? Quais foram? Como se sente em relação a elas?
- Como você se sente ao se alimentar?
- Qual sua comida preferida? Por quê?
- Como é, para você, quando não consegue comer?
- Como você se sentia antes de realizar o tratamento antineoplásico?
- Apresentou algum sintoma durante o período em que foi realizado o tratamento antineoplásico? Se sim, quais? Esse sintoma interferiu na sua rotina e qualidade de vida?
- Após as sessões de quimioterapia esses sintomas cessaram, reduziram ou se agravaram? Como você se sente hoje?
- Ao iniciar o tratamento, recebeu orientações do Cirurgião Dentista? Essas orientações ajudaram a melhorar seus hábitos de higiene bucal?
- Apresentou algum sintoma bucal durante o tratamento antineoplásico? Qual?
- Recebeu alguma intervenção odontológica para esse sintoma (bucal)? Essa intervenção ajudou?
- Esse sintoma interferiu no seu cotidiano?
- Qual imagem mais lhe chama atenção?
- No momento do diagnóstico ou início de tratamento com quais imagens se identificava? Por quê?
- Hoje se tivesse que escolher imagens com qual mais se identifica, quais seriam? Por quê?

APÊNDICE B – IMAGENS

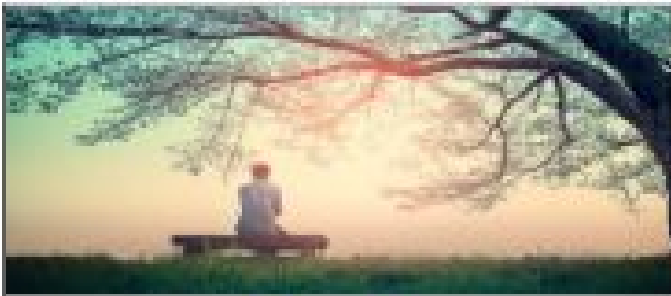


Imagem 1



Imagem 6



Imagem 2



Imagem 7



Imagem 3

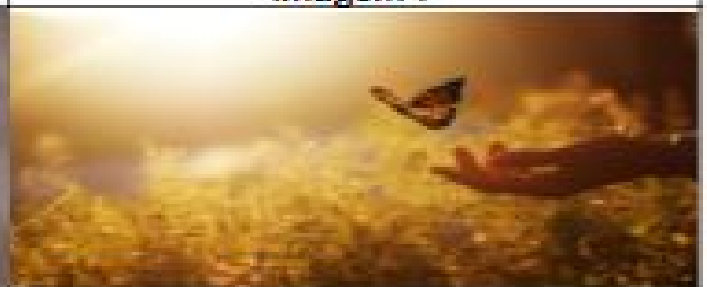


Imagem 8

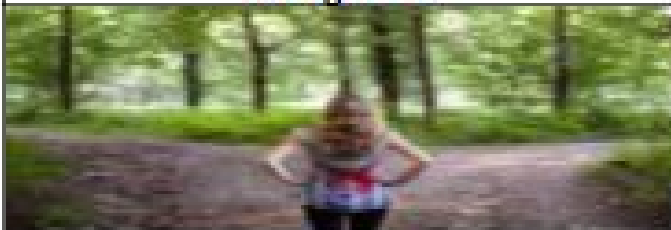
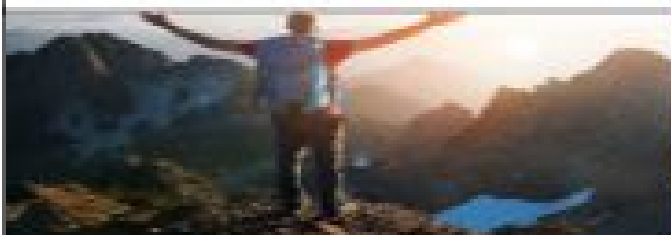


Imagem 4



Imagem 9



ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: O enfrentamento dos pacientes oncológicos com doença progressiva, avançada e incurável frente ao cuidado multiprofissional.

Pesquisador responsável: Silvana Bastos Cogo.

Demais pesquisadoras: Alice Marchezan, Jéssica da Rocha Mareque, Luma Stella T. Bazzan, Natiely Lange Silva e Taisa Nardi Fraga.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8000. Avenida Roraima, 1000, prédio 26A, sala 1339 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Clínica Médica I do Hospital Universitário de Santa Maria.

Eu, Silvana Bastos Cogo, responsável pela pesquisa “O enfrentamento dos pacientes oncológicos com doença progressiva, avançada e incurável frente ao cuidado multiprofissional”, o convido a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende conhecer e analisar o enfrentamento de pacientes oncológicos sem perspectiva de cura, frente aos cuidados prestados em unidade de internação de um Hospital Universitário do Sul do país. Acreditamos que ela seja importante porque o conhecimento das formas singulares de enfrentamento dos pacientes oncológicos em estágio progressivo e avançado da doença, frente aos cuidados prestados em uma unidade de internação em um hospital universitário faz-se de suma importância para um cuidado integral e multiprofissional.

Os principais riscos da pesquisa estão relacionados ao desconforto e reações emocionais que podem ser suscitadas a partir da entrevista, onde as pesquisadoras estarão disponíveis para prestar esclarecimentos e fazer os encaminhamentos que forem necessários a equipe assistente da Clínica Médica I. Você não terá nenhum tipo de benefício financeiro ou retorno direto, a não ser pela devolutiva dos resultados após o término da pesquisa, como forma de esclarecimentos.

Em relação aos benefícios, sua participação busca evidenciar a problemática de seu enfrentamento frente a doença, a hospitalização e os cuidados prestados, a fim de que sejam desenvolvidas estratégias de melhorias. Essas informações poderão ser compartilhadas com a equipe de saúde da unidade, preservando sua identidade, como forma de sensibilizar e estimular as discussões sobre este tema. Por fim, a pesquisa procura despertar o interesse sobre o tema aqui exposto a outros pesquisadores, para que novos estudos possam ser desenvolvidos.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM, Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702 - Cidade Universitária - Bairro Camobi, CEP 97105-900 - Santa

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também serão utilizadas imagens. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário _____

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE _____

Local, _____

ANEXO B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: O enfrentamento dos pacientes oncológicos com doença progressiva, avançada e incurável frente ao cuidado multiprofissional.

Pesquisador responsável: Silvana Bastos Cogo

Demais pesquisadoras: Alice Marchezan, Jéssica da Rocha Mareque, Luma Stella T. Bazzan, Natiely Lange Silva e Taisa Nardi Fraga

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria - UFSM.

Telefone para contato:

Local da coleta de dados: Clínica Médica I Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM.

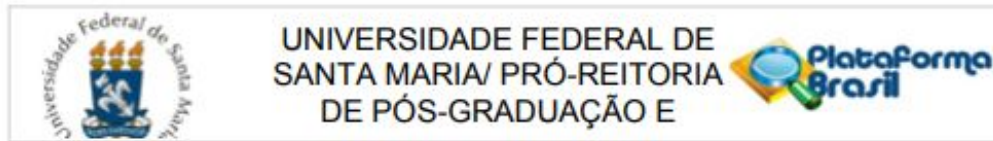
Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de entrevista semi estruturada na Clínica Médica I, do Hospital Universitário de Santa Maria, no período de agosto a outubro de 2019. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1339, 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Silvana Bastos Cogo. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria,.....dede 2019.

.....
Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ENFRENTAMENTO DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS COM DOENÇA PROGRESSIVA, AVANÇADA E INCURÁVEL FRENTE AO CUIDADO MULTIPROFISSIONAL

Pesquisador: Silvana Bastos Cogo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13845219.4.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.387.139

Apresentação do Projeto:

Os casos de câncer têm crescido consideravelmente, sendo estimados para o ano de 2019 a ocorrência de cerca de 600 mil novos casos, só no Brasil. Contudo, sabe-se que quanto mais precocemente a neoplasia for diagnosticada, melhores serão os resultados do tratamento, os quais incluem a cirurgia, radioterapia, hormonioterapia e quimioterapia (INCA, 2018).

Por se tratar de uma doença crônico-degenerativa, o câncer pode acarretar dificuldades e desafios de adaptação aos pacientes e familiares. No momento do diagnóstico de câncer, a doença é permeada por inúmeros tabus e estigmatizada como sinônimo de sofrimento, perdas e preocupações, ou seja, cria-se uma situação e ambiente disfuncional para o paciente e rede de apoio (familiares e amigos), uma vez que os mesmos percebem uma ruptura abrupta da rotina e se percebem vivenciando um momento de grande estresse, o qual invariavelmente leva a mudanças de comportamento. Tais comportamentos serão fatores determinantes em relação a estratégias de enfrentamento que passarão a ser utilizadas frente ao diagnóstico, tratamento e possíveis momentos de hospitalização. Pode-se inferir que o diagnóstico de câncer fará surgir reações cognitivas e sentimentos, os quais permeados por experiências vividas e a singularidade de cada paciente, resultarão em comportamentos de ajustamento, sendo o principal objetivo destes o enfrentamento ao estresse e as possíveis perdas do momento vivenciado.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com