

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

CURSO DE PSICOLOGIA

**O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER
COLORRETAL NA VIDA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS**

Gabriela Menezes Finco

Rayssa Lidya Guerra de Souza

RECIFE

2015

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
CURSO DE PSICOLOGIA

O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER
COLORRETAL NA VIDA DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS

Trabalho apresentado na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) como parte dos requisitos para obtenção da conclusão do curso de Psicologia.

Alunas:

Gabriela Menezes Finco

Rayssa Lidya Guerra de Souza

Orientadora:

Dra. Juliana Monteiro Costa

Coorientadoras:

Ms. Maria Cecília Mendonça Melo

Ms. Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

F493i Finco, Gabriela Menezes

O Impacto do diagnóstico de câncer colorretal na vida de pacientes oncológicos. / Gabriela Menezes Finco; Rayssa Lidya Guerra de Souza; orientadora Juliana Monteiro Costa; coorientadoras Maria Cecília Mendonça Melo; Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros. – Recife: Do Autor, 2015.

62 f.

Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015.

1. Câncer Colorretal (CCR). 2. Diagnóstico. 3. Humanização. I. Costa, Juliana Monteiro orientadora. II. Título.

CDU 616-006

Aluna: Gabriela Menezes Finco

Estudante do 8º período do Curso de Psicologia – FPS.

E-mail: gabrielamfinco@gmail.com Tel: (81) 9525-5980

Aluna Colaboradora: Rayssa Lidya Guerra de Souza

Estudante do 8º período do Curso de Psicologia – FPS.

E-mail: rayssalidya.rl@gmail.com Tel: (81) 9845-5866

Orientadora: Dra. Juliana Monteiro Costa

Psicóloga do Setor de Infectologia e Imunologia Clínica do IMIP.

E-mail: jullymc@hotmail.com Tel: (81) 8826-4456

Coorientadoras: Ms. Maria Cecília Mendonça Melo e Ms. Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros

Tutora do Laboratório de Recursos Digitais da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

E-mail: ceciliamendoncamelo@gmail.com Tel: (81) 87484551

Tutora da FPS e Psicóloga do ambulatório do setor de Oncologia Adulto do IMIP.

E-mail: waleskacmm@yahoo.com.br Tel: (81) 8892-5380

RESUMO

INTRODUÇÃO: O câncer é uma doença antiga e desde seu surgimento, até os dias atuais, carrega consigo o estigma da morte. Estudos apontam que mesmo com o avanço das condutas profissionais aliado às tecnologias na área da medicina, esse estigma ainda persiste pelo fato de muitas vezes a doença ser descoberta em um estágio já avançado. É importante que desde o momento do diagnóstico, o paciente seja acolhido em sua totalidade pela equipe de saúde, pois a maneira como a notícia é dada pode repercutir por todo o tratamento. Compreender as mudanças que ocorrem na vida dos pacientes após o diagnóstico de câncer colorretal (CCR) também é algo essencial, afim de que se possa estruturar vínculos entre o profissional-paciente-família, buscando soluções positivas para o enfrentamento da doença. **OBJETIVO:** Compreender as repercussões do diagnóstico e tratamento do câncer colorretal na vida dos pacientes. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. Participaram da pesquisa 7 pacientes de ambos os sexos acometidos por câncer colorretal, dos quais 4 eram do sexo masculino. A média de idade variou entre 28 e 67 anos de idade. Para a coleta das informações foi utilizada uma entrevista semidirigida e questionário para avaliação do perfil sociodemográfico dos participantes. Os dados foram coletados no ambulatório do setor de Oncologia Adulto do IMIP e, posteriormente, as falas foram transcritas e analisadas de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática de Minayo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, sob o número CAAE 35774214.5.0000.5569, com base na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). **RESULTADOS:** Observou-se que a maioria dos participantes era do sexo masculino, casado, com filhos, com histórico da doença na família e com idade dentro do esperado para o diagnóstico de CCR, que é 50 anos. **DISCUSSÃO:** A partir das entrevistas realizadas, percebeu-se que o diagnóstico foi vivenciado pelos pacientes como algo sofrido e doloroso, predominando entre eles o

sentimento de tristeza, medo e aproximação da morte. Verificou-se também que a forma como o diagnóstico foi transmitido teve influência na compreensão e tratamento da doença e que o suporte familiar e a espiritualidade estiveram presentes como estratégias de enfrentamento. Embora a literatura aponte que a incidência do câncer colorretal é maior entre pessoas do sexo feminino, na pesquisa foi encontrado o inverso. Em relação à idade, estudos mostram que a faixa etária em que esse tipo de câncer é mais frequente é a partir dos 50 anos, no entanto, um dos pacientes entrevistados tinha 28 anos de idade. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a vivência do câncer traz repercussões a vários níveis, tanto na vida do sujeito quanto da família que o acompanha durante o percurso que vai do diagnóstico ao tratamento. Faz-se necessário estimular o fortalecimento da comunicação entre paciente, família e equipe de saúde, visando oferecer maior autonomia e qualidade de vida a todo o sistema que está envolvido no período de tratamento.

Palavras-chave: Câncer Colorretal (CCR); Diagnóstico; Humanização.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cancer is an ancient and since its emergence disease, to the present day, carries with the stigma of death. Point studies that even with the advancement of professional conduct ally to technologies in the area of medicine, this stigma still persists by the fact often the disease be discovery in an already advanced stage. It is important that since the time of diagnosis, the patient be welcomed in its entirety by the health team, because the way as the news is given can reverberate throughout the treatment. Understand the changes that occur on patients' lives after diagnosis of colorectal cancer (CCR) is also something essential, affine whereof it may be structuring links between the professional-patient-family, seeking positive solutions to facing the disease. **OBJECTIVE:** To understand the repercussions of diagnosis and treatment of colorectal cancer in the lives of patients. **METHOD:** This is of a study of qualitative nature. Participated in the survey 7 patients of both affected sexes by colorectal cancer, of which 4 were male. The average age ranged between 28 and 67 years old. For collection of the information we used a semi-directed interview and questionnaire for evaluation of sociodemographic profile of the participants. Data were collected in the ambulatory Adultes Oncology of sector's IMIP and subsequently the lines were transcribed and analyzed according to the Thematic Content Analysis Technique Of Minayo. The project was approved by the Ethics Committee in Research of Health Pernambucana Faculty - FPS, under the CAAE 35774214.5.0000.5569 number, based on the resolution 466/12 the National Council of Health (CNS). **RESULTS:** It was observed that most participants was male, married, with children, with history of the disease in the family and with age within the expected for the diagnosis of CCR, which is 50 years. **DISCUSSION:** From interviews conducted, it was realized that the diagnosis was experienced by patients as something suffered and

painful, predominating between them the feeling of sadness, fear and approach of death. It was found also that how the diagnosis was transmitted had influences in understanding and treating of the disease and that family support and the spirituality were present as coping strategies. Although the literature point that the incidence of colorectal cancer is higher among people female, in the research was found the reverse. In relation to age, studies show that the age group in which this cancer is more frequent is as from 50 years, however, one of the interviewees patients had 28 year old.

CONCLUSION: We conclude that the cancer experience brings repercussions at various levels, both in life of the subject as family that accompanies it during the route that will from diagnosis to treatment. It makes-if necessary stimulate the strengthening of communication between patient, family and health team, aiming to offer greater autonomy and quality of life to the whole system what is involved in treatment period.

Keywords: Colorectal Cancer (CCR); Diagnosis; Humanization.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	1
II. JUSTIFICATIVA	10
III. OBJETIVOS	11
IV. MÉTODO	12
4.1. Desenho do estudo	12
4.2. Local do estudo	12
4.3. Período do estudo	12
4.4. População do estudo e Amostra	12
4.5. Critérios de Elegibilidade	13
4.6. Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes	13
4.7. Coleta de dados	13
4.8. Instrumento de coleta de dados	14
4.9. Processamento e análise dos dados	14
4.10. Aspectos éticos	15
V. RESULTADOS	16
VI. CONCLUSÕES	38
VII. REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	44
APÊNDICE 1 – Questionário sócio demográfico	44
APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista semiestruturada	46
APÊNDICE 3 – Lista de abreviaturas, siglas e sinais	47
ANEXOS	48
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	48
ANEXO 2 – Carta de Anuência	51
ANEXO 3 – Normas para submissão à revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH)	52

I. INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Suas causas são variadas e podem ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas (INCA, 2014).

Neste estudo, o enfoque principal é abordar o impacto do diagnóstico de câncer colorretal (CCR) na vida dos pacientes e como o tipo de atendimento e tratamento que receberam contribuiu para a compreensão da doença. O câncer colorretal tem como definição tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto (INCA, 2014). É tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente, quando ainda não se espalhou para outros órgãos. Sua taxa de sobrevivência em cinco anos é de até 50%.

As estimativas de novos casos para o ano de 2014 foram de 32.600 pessoas, sendo 15.070 homens e 17.530 mulheres (INCA, 2014), atualmente é o segundo mais prevalente em mulheres, superando os casos de colo de útero e ficando atrás apenas do câncer de mama. Destaque para a região Nordeste, que apresenta o câncer de intestino como o terceiro mais frequente em pessoas do sexo feminino e o quarto mais frequente no sexo masculino (INCA, 2014).

O rastreamento para esse tipo de câncer é realizado de acordo com o risco para cada população: Baixo risco, indivíduos com mais de 50 anos e sem fatores de risco; risco moderado, indivíduos com história na família de câncer de intestino em um ou mais parentes de primeiro grau, histórico pessoal de pólipos maior que um centímetro ou múltiplos pólipos de qualquer tamanho e com antecedente pessoal de câncer de intestino

tratado com intenção de cura. Alto risco inclui os sujeitos com história familiar de Síndrome da Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) ou Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose (HNPCC), ou com diagnóstico de doença inflamatória intestinal (INCA, 2003).

É comum que o CCR apresente uma evolução silenciosa, pois seus sinais e sintomas são muito discretos em sua fase inicial, sendo mais perceptíveis quando a doença já atingiu um estado avançado. Aproximadamente 65% dos sujeitos são diagnosticados em fase avançada da doença (Coelho, 2005). Mesmo conhecendo os fatores de risco e as formas de prevenção e diagnóstico precoce, ainda é comum, no Brasil, a maior parte das pessoas ser diagnosticada com a doença em estágio avançado, fazendo com que necessitem de procedimento de emergência, geralmente a cirurgia, como atitude inicial de tratamento, contribuindo para a piora do prognóstico (Valadão e cols., 2010).

O tratamento do CCR vai depender de uma série de fatores, como o tamanho, a localização e extensão do tumor (estadiamento da doença), além da condição de saúde do sujeito. Conforme o estágio da doença, a intervenção pode ser conduzida de diferentes maneiras, o que pode requerer a combinação de uma ou mais formas de terapia (INCA, 2003). Existem várias modalidades de tratamento e dentre elas estão a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, que podem ser utilizadas de forma isolada ou combinada.

Nos casos em que a doença encontra-se em estágio avançado, a cirurgia consiste no tratamento primário, enquanto a quimioterapia pode ser empregada antes do procedimento cirúrgico para controlar o crescimento tumoral ou após a cirurgia para destruir células cancerosas que possam ter permanecido após a retirada do tumor e pode

ser utilizada ainda, de forma paliativa para aliviar os sintomas ocasionados pela doença (INCA, 2003).

No que diz respeito à prevenção do câncer de intestino, compreende-se três níveis: a prevenção primária, que envolve a identificação dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento do câncer e a modificação destes fatores para diminuição do risco; a secundária, que está relacionada ao rastreamento da neoplasia ou de lesões precursoras em indivíduos sem sintomas. Quando há a identificação de lesões nos primeiros níveis é possível que se faça sua remoção para reduzir a incidência e a mortalidade do câncer de intestino, enquanto na prevenção terciária está incluso o tratamento imediato da doença sintomática e suas complicações, evitando perda funcional e reabilitando o paciente precocemente (Moesinger, 2006).

Tais dados causam grande impacto na população e mesmo com o avanço dos meios de comunicação na sociedade moderna, bem como o avanço das tecnologias e da medicina, muitos estigmas ainda envolvem a palavra câncer (Justino, 2011). De acordo com Maruyama e Zago (2005), cada sujeito irá interpretar e reagir à doença conforme seus estigmas relacionados ao conhecimento pessoal. Ainda para as autoras o termo estigma é utilizado para fazer referência a algo que marca e discrimina. Um exemplo de estigma dado por elas é o da mutilação.

As mudanças corporais que são percebidas ao longo do curso da doença alteram a vida de todos os sujeitos envolvidos nesse processo, cada pessoa irá interpretá-las de acordo com seus conhecimentos e experiências vividas. Justino (2011) aponta que essas mudanças podem ocorrer devido à própria doença, como também seus tratamentos, como incisões cirúrgicas, drenos, ostomias ou ainda efeitos da radio e quimioterapia.

A partir de uma revisão de literatura realizada por Silva (2005), percebe-se que as concepções acerca da doença foram sendo construídas historicamente pela sociedade,

que atribui, desde o surgimento do câncer, uma sentença de morte. Este estigma histórico está presente na sociedade devido às poucas chances de cura que os pacientes oncológicos tinham tempos atrás, quando estes eram submetidos a procedimentos cirúrgicos mutiladores e não tinham tratamentos eficazes (Caetano, Gradim e Santos, 2009). No entanto, com o avanço tecnológico na área da medicina é possível que os pacientes tenham melhores condições de tratamento e aumento da qualidade de vida, além de maiores chances de reabilitação e retomada da vida cotidiana, assim como há também a possibilidade da cura.

Devido a essas concepções sócio históricas que estão associadas ao câncer há um temor por parte da sociedade em adquirir a doença e mesmo com o avanço tecnológico o estigma dela ser uma doença maldita persiste, bem como o medo e o temor a um sofrimento prolongado em etapas mais avançadas (Barbosa e Francisco, 2007). Carvalho (2008) propõe que o estigma de morte associado à palavra câncer ainda hoje é reforçado de tal forma devido ao diagnóstico tardio da doença, o que limita suas possibilidades de tratamento e cura.

O câncer é uma doença que não traz efeitos só a níveis fisiológicos, como deformidades, mutilações e a própria dor, mas também provoca um grande impacto psicológico, o que causa sentimentos como medo, ansiedade, angústia, dúvidas e raiva (Salci e Marcon, 2010). No momento que perdura do diagnóstico ao tratamento, várias alterações físicas e fisiológicas serão experimentadas, assim como a nível emocional, social, cultural e espiritual. A confirmação do diagnóstico é um momento difícil de ser encarado pela pessoa, que passa a conviver não apenas com o estigma da morte que o câncer carrega consigo culturalmente, mas também com o temor dos efeitos que o tratamento poderá lhe causar (Sales e cols., 2003). Desta forma, o câncer é uma doença

que ainda hoje é relacionada à dor, sofrimento e degeneração, igualando-se a um atestado de óbito e à crença de que a morte é sempre dolorosa (Kovács, 1992).

Apesar de todas as mudanças ocorridas nas últimas décadas dentro das áreas da comunicação, tecnologia e medicina, ainda hoje o sentido que a sociedade dá à palavra câncer é o de uma doença terminal, como sinônimo de morte, de forma que o sujeito enfermo seja marginalizado e que sentimentos negativos em relação à doença sejam cultivados (Siqueira, Barbosa e Boemer, 2007).

Estar com câncer não é algo esperado por ninguém, pois a doença traz consigo a certeza de muito sofrimento físico e psicológico, além de uma aproximação mais concreta da morte (Sales e cols., 2003). A experiência de estar com a enfermidade muda de forma constante o cotidiano do sujeito, consistindo em um dos momentos mais críticos da vida de uma pessoa, por causar momentos de análises e reflexões sobre sua história pessoal, a qual teve seus significados construídos ao longo das suas experiências vividas (Maruyama e Zago, 2005).

O diagnóstico de câncer e as consequências de seu tratamento rompem a homeostase do sujeito e de seu sistema familiar, sendo este, sempre acompanhado de grande carga emocional, além de fantasias que surgem de medos do próprio paciente e sua família, tanto pelo tratamento, como pela evolução da doença (Justino, 2011). Cada indivíduo reagirá de forma diferente ao diagnóstico, por questões diversas, inclusive, o seu momento de vida.

Neste sentido, se faz necessário um acolhimento humanizado a estes sujeitos no momento da comunicação do diagnóstico, pois, este sofrerá um impacto que pode perdurar ao longo de seu tratamento. O acolhimento a estes pacientes é fundamental para que se tenham maior esclarecimento a respeito da doença que os acometem. Humanizar na atenção à saúde é entender que cada pessoa é um ser singular, com

necessidades específicas, e, dessa forma, criar condições para que tenham maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma (Fortes, 2004).

O Ministério da Saúde compreende a humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que os sujeitos sociais quando mobilizados são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Ou seja, a humanização tem como objetivo geral o atendimento acolhedor em qualquer circunstância que o paciente se encontra, seja no recebimento do diagnóstico ou durante todo o tratamento. No entanto, ainda é difícil encontrar instituições que tenham esse princípio como norteador, ou que cumpram com o que a teoria diz.

O CCR e seu tratamento podem causar um efeito aflitivo na função social, incluindo trabalho e vida produtiva, relacionamento com familiares, parceiros e amigos, e outros interesses e atividades sociais (Oliveira, Oliveira e Schnaider, 2012). Então, cabe ao profissional de saúde participar ativamente nesse período. O que remete novamente à questão da humanização em saúde, onde, tratar o paciente com atenção, olhá-lo nos olhos, passar confiança, fazendo com que ele se sinta acolhido e saiba que vai ser atendido e cuidado de forma digna, influencia de forma bastante significativa no recebimento do diagnóstico do paciente oncológico e no seu tratamento. É importante que o profissional saiba lidar com aquela pessoa que está ali à sua frente, já debilitada emocionalmente pela notícia que irá receber.

O profissional ao dar um diagnóstico deve mostrar ao paciente que se dispõe a relacionar-se de forma mais personalizada, menos impessoal e mais humanizada, e aí se estabelece um vínculo entre o profissional, o paciente e os familiares, e, assim, o paciente passa da situação de “caso” para a de pessoa, prevalecendo o sentimento de empatia. Os profissionais de saúde devem sempre buscar trabalhar em equipe, uma vez

que a união e o compartilhamento dos saberes contribuem para o tratamento, na busca de adaptações e soluções positivas para o enfrentamento da doença tanto pelo paciente quanto pela família (Macêdo, s. d.).

Sujeitos com câncer convivem com sentimentos de temor decorrentes da própria doença, bem como com o receio do isolamento social e o temor à degeneração física que pode levar à perda da capacidade de executar seus afazeres, o que é considerado um ataque à dignidade pessoal (Sales e cols., 2003). Diante de tais situações, diferentes mecanismos de enfrentamento são utilizados por esses sujeitos, como forma de amenizar este período conturbado. Dentre eles tem a reflexão sobre o problema, que é uma maneira de alterar as pressões internas, na tentativa de remover ou diminuir a fonte estressora, possibilitando a procura para a resolução da doença (Costa e Leite, 2009).

Costa e Leite (2009) assinalam que outra estratégia constantemente recorrida por sujeitos oncológicos é o suporte religioso, no qual há o ato de rezar e fazer promessas como formas de expressar a fé em Deus, numa tentativa de que haja melhores modos de ajustamento frente à doença. Esse recurso pode propiciar pensamentos mais otimistas, amenizando a tensão interna decorrente da fonte estressora, que no caso é a doença. Ainda de acordo com as mesmas autoras, a fé é uma maneira construtiva de pensar, constitui um sentimento de confiança de que o indivíduo alcançará o seu desejo. Em nossa cultura, a fé em Deus é um sentimento arraigado e é tão necessária quanto outros modos de enfrentamento.

Outras modalidades de estratégias de enfrentamento são: medidas de autocontrole, que incluem manter-se calmo, procurar não sofrer por antecipação e minimizar o problema, diminuindo a carga de estresse ocasionada por ele, além do suporte emocional promovido pelos familiares (Costa e Leite, 2009). Rezar, se distrair, tentar se acalmar, conversar com os familiares, além de comportamentos como beber ou

comer excessivamente, contar piadas ou usar o bom humor, cuidar das plantas, assistir televisão ou trabalhar mais que o usual são estratégias de enfrentamento centradas na emoção que também podem ser adotadas, algumas com mais e outras com menos frequência.

Atividades relacionadas ao autocuidado também são possíveis, dentre elas encontra-se a reeducação alimentar, cuidados com o estoma, abandono de vícios, entre eles o álcool e o fumo, relaxamento e a busca de informações sobre sua doença em livros, sites ou através dos profissionais de saúde. Apesar de serem várias atividades diferentes, o mesmo indivíduo pode desempenhar mais de uma para aliviar suas dificuldades (Costa e Leite, 2009).

O descobrimento da doença pode trazer uma série de implicações para a vida do sujeito em níveis físico, emocional, afetivo, espiritual, profissional e financeiro, bem como comprometer suas relações familiares, o que pode gerar estresse, tensão e conflito. De alguma forma, a doença vai alterar o papel social do paciente e sua dinâmica familiar (Carvalho, 2008).

Após o recebimento do diagnóstico, tanto o paciente quanto seus familiares sofrem um grande impacto em suas vidas. Desta forma, suas reações frente à doença devem ser compreendidas levando em conta a história de cada sujeito envolvido neste momento, bem como os contextos socioeconômico e cultural em no qual estão inseridos (Carvalho, 2008).

A organização e a dinâmica familiar são essenciais para o desenvolvimento do indivíduo (Nichols, 1998). Neste sentido, a Teoria Sistêmica não compreende a família como um conjunto de pessoas com características, valores e personalidades distintas; mas sim como uma complexa teia de relações e interdependência entre os vários

subsistemas familiares que considera as influências dos níveis psicológicos na vida cotidiana da sociedade (Melo e cols., 2005).

Como a família é um sistema social, espera-se dela, que cumpra seu propósito de proteger, orientar e preservar a espécie, organizando seus membros na forma de pensar e agir em todas as situações, inclusive as de perigo e conflito, como é o caso da exposição a fatores de risco para doenças (Minuchin, 1999). Para Jovchelovitch (1995), a doença, em primeiro lugar, não é uma representação física, mas sim a retratação e manifestação do meio social e suas relações. Desta forma, pode-se dizer que as significações culturais são mais abrangentes sobre o corpo adoecido.

II. JUSTIFICATIVA

Tendo em vista o aumento do número de casos de câncer colorretal na população, a pesquisa tem como intuito entender os impactos da neoplasia na vida dos sujeitos acometidos pela doença e na sua rede de suporte psicossocial, assim como a importância de um acolhimento humanizado por parte da equipe de saúde que acompanha o paciente, tanto no momento do diagnóstico, como ao longo de seu tratamento. Estudos que objetivem a relação paciente/família/equipe de saúde ainda são insuficientes. Desta forma, se faz necessário compreender a implicação subjetiva que margeia o momento da descoberta da doença e suas vicissitudes pós-diagnóstico para que profissionais da área de saúde possam buscar estratégias de acompanhamento ao paciente, levando em consideração que a conduta do profissional pode influenciar no enfrentamento e tratamento da doença.

Espera-se ampliar o espaço para a discussão de questões relacionadas ao acolhimento humanizado do paciente oncológico e sua rede de suporte, além de visibilidade e legitimação de questões relacionadas ao tema, como possibilidade de fortalecimento da comunicação entre paciente, rede de apoio psicossocial e equipe de saúde, visando oferecer maior autonomia e qualidade de vida a todo o sistema que está envolvido no período de tratamento.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Compreender as repercussões do diagnóstico e tratamento do câncer colorretal na vida dos pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o tipo de atendimento e tratamento realizado;
- Conhecer a rede de suporte psicossocial ao longo do tratamento;
- Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes;

IV. MÉTODOS

4.1. Desenho do estudo

O estudo é de natureza qualitativa, centrado na expressão da subjetividade dos participantes.

4.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de Oncologia Adulto do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), hospital localizado na Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, Recife.

4.3. Período do estudo

O estudo foi realizado no período de Outubro de 2014 a Julho de 2015. Em relação à coleta de dados, esta foi iniciada apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

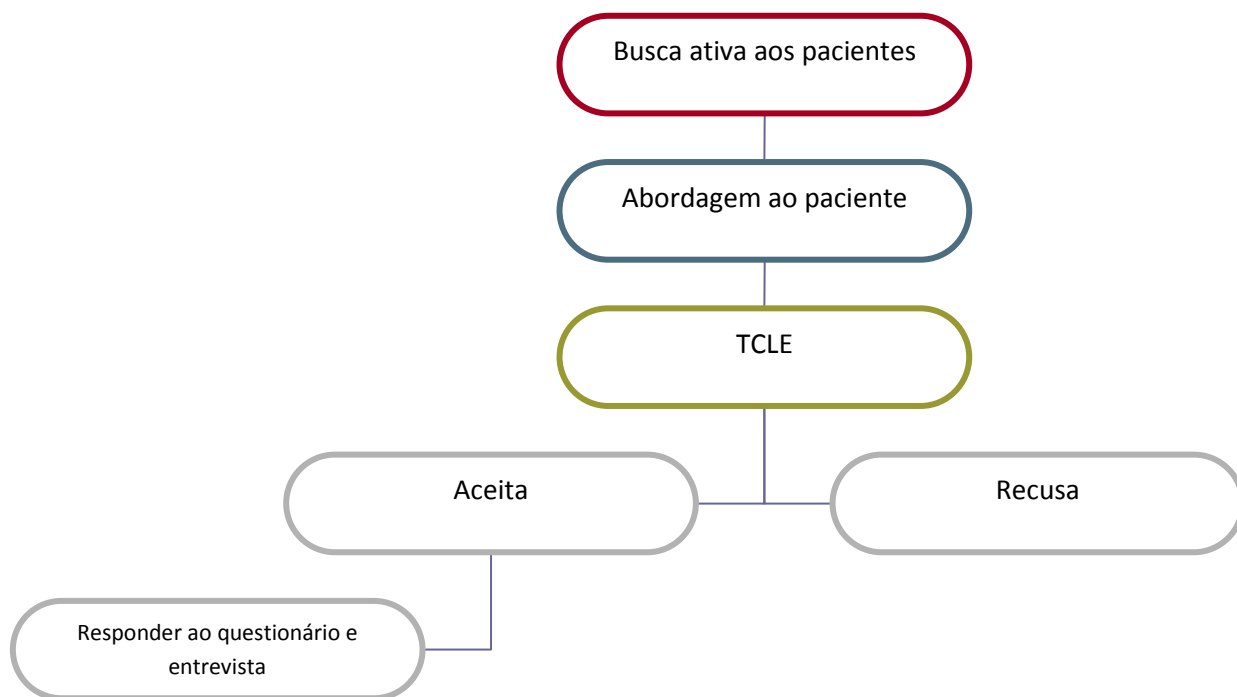
4.4. População do estudo e Amostra

A população do estudo foi constituída por 7 pacientes com câncer colorretal, de ambos os sexos, sendo 3 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, com idades entre 28 e 67 anos. No período da coleta de dados os pacientes estavam frequentando o ambulatório de oncologia adulto.

4.5. Critérios de Elegibilidade

Pacientes do ambulatório de Oncologia Adulto do IMIP, de ambos os sexos, acometidos por câncer colorretal. Não fizeram parte da população do estudo os pacientes que foram desligados do ambulatório, como também aqueles que possuíam um comprometimento mental que inviabilizasse a compreensão das narrativas.

4.6. Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes



4.7. Coleta de dados

Os dados foram coletados nos dias em que os pacientes estavam em consulta de rotina e/ou tratamento no ambulatório de oncologia do IMIP.

4.8. Instrumento de Coleta de dados

Para a realização da pesquisa foi utilizada uma entrevista semi-dirigida, isto é, organizada a partir de um roteiro previamente elaborado, composto de perguntas abertas que permitiram abrir espaço para a elaboração discursiva dos próprios entrevistados. Este instrumento permite que a entrevista seja orientada por tópicos, que são introduzidos pelo pesquisador, sem que uma ordem rígida tenha que ser seguida (Apêndice 2). As entrevistas foram realizadas individualmente e foi utilizado o critério de saturação dos temas, que, de acordo com Turato (2003) é “onde o pesquisador fecha o grupo quando, após as informações coletadas com certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar repetições em seu conteúdo”.

Quanto ao critério de escolha dos participantes foi utilizada a amostragem proposital, que também é denominada intencional ou deliberada. Por esse critério, o pesquisador escolhe deliberadamente os participantes que comporão o estudo de acordo com os objetivos do trabalho, desde que possam fornecer as informações referentes ao mesmo.

4.9. Processamento e análise dos dados

Os participantes foram identificados por nomes fictícios dados por eles mesmos, de modo que preservasse o sigilo de sua participação. As transcrições também foram realizadas de modo fidedigno, preservando as pontuações, pausas e falas dos voluntários. As informações foram analisadas de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática, que se desenvolve segundo as fases da pré-análise, exploração do material e interpretação. Segundo Minayo (2004), ela consiste “em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem

alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Dessa forma, foram levantados os temas predominantes nas falas dos participantes e analisados com base na literatura consultada.

4.10. Aspectos éticos

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde e aprovado com base na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), vide aprovação do CAAE, nº 35774214.5.0000.5569. Desta forma, cada participante só pôde responder às perguntas após compreensão dos objetivos da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 1).

4.10.1. Consentimento Livre e Esclarecido

Todos os participantes que atenderam aos critérios de inclusão foram informados sobre o estudo e convidados a participarem do mesmo. Somente fizeram parte do estudo aqueles que aceitaram participar, em conformidade com a Resolução N°466/12, do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi escrito de acordo a Resolução supracitada. (ANEXO 1).

Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados, não estando o sujeito da pesquisa em risco sob este ou qualquer outro aspecto. A participação no estudo não se associará com risco ao participante.

V. RESULTADOS

Os resultados deste trabalho serão apresentados em formato de artigo, conforme norma estabelecida pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). O artigo segue as Normas de Publicação da APA: Publication Manual of the American Psychological Association (6ª edição, 2013), cumprindo as exigências da revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar para publicação (ANEXO 3).

O Impacto Do Diagnóstico De Câncer Colorretal Na Vida De Pacientes Oncológicos **The Impact Of The Diagnosis Of Cancer Colorectal In Life Of Patients**

Resumo

O câncer é uma doença antiga e, desde seu surgimento até os dias atuais, carrega consigo o estigma da morte. Torna-se relevante que desde o momento da descoberta da doença e após o diagnóstico de câncer colorretal o vínculo entre profissional-paciente-família possa ser estruturado, a fim de buscar soluções positivas para o enfrentamento da doença. Neste estudo percebeu-se que o diagnóstico foi vivenciado pelos pacientes como algo sofrido e doloroso, predominando entre eles sentimentos de ansiedade, dúvida, tristeza, medo e aproximação da morte. Verificou-se, também, que a forma como o diagnóstico foi transmitido pelo médico teve influência na compreensão e tratamento da doença. Ademais, espiritualidade, o suporte da família e de amigos estiveram presentes como estratégias de enfrentamento frente ao processo de adoecimento. A vivência do câncer traz repercussões biopsicossociais na vida do paciente oncológico, sendo fundamental fortalecer a comunicação entre paciente,

família e equipe de saúde, visando oferecer maior autonomia, participação ativa e singularidade do paciente e de todo o sistema envolvido nesse processo.

Palavras-chave: Câncer Colorretal (CCR); Diagnóstico; Repercussão Biopsicossocial.

Abstract

Cancer is an ancient disease and, since its inception until today, carries with it the stigma of death. It is important that from the time of discovery of the disease and after diagnosis of colorectal cancer the link between professional-patient-family can be structured in order to seek positive solutions to combat the disease. In this study it was realized that the diagnosis was experienced by patients as something suffered and painful, predominating among them feelings of anxiety, doubt, sadness, fear and approaching death. There was also that how the diagnosis was broadcast by the doctor influenced the understanding and treatment of disease. Moreover, spirituality, family supports and friends were present as coping strategies against the disease process. The cancer experience brings biopsychosocial impact on the lives of cancer patients and is essential to strengthen communication between patient, family and healthcare team in order to offer greater autonomy, active participation and uniqueness of the patient and the entire system involved in this *process*.

Key Words: Colorectal Cancer (CRC); Diagnosis; Biopsychosocial Repercution.

Introdução

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a

ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos que podem se espalhar para outras regiões do corpo. As causas do câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo (INCA, 2014).

O câncer colorretal tem como definição tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. É tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente. A taxa de sobrevivência desse tipo de câncer em cinco anos é de até 50% (INCA, 2014). De acordo com Justino (2011), apesar do avanço dos meios de comunicação na sociedade moderna, bem como o avanço das tecnologias e da medicina, muitos estigmas ainda envolvem a palavra câncer.

Maruyama e Zago (2005) apontam que cada pessoa irá interpretar e reagir à doença de acordo com seus próprios estigmas relacionados ao conhecimento pessoal. O câncer é uma doença que não traz efeitos apenas fisiológicos, como deformidades, mutilações e a própria dor, mas também provoca um grande impacto psicológico, gerando sentimentos como medo, ansiedade, angústia, dúvidas e raiva (Salci & Marcon, 2010). Do diagnóstico ao tratamento, diversas alterações físicas e fisiológicas são experimentadas em nível emocional, social, cultural e espiritual.

Sujeitos com câncer convivem diariamente com sentimentos de temor decorrentes da própria doença, além de lidar com receio do isolamento social e o medo da degeneração física que pode levar à perda da capacidade de executar seus afazeres, o que é considerado um ataque à dignidade pessoal (Sales et. al, 2003). O momento do diagnóstico gera repercussões biopsicossociais para o paciente e seus familiares, exigindo uma reorganização da dinâmica familiar. Desta forma, as reações frente à doença devem ser compreendidas levando em conta a história de cada sujeito envolvido neste momento, bem como os contextos socioeconômico e cultural no qual estão inseridos (Carvalho & Lustosa, 2008).

Para lidar com o processo de adoecimento algumas estratégias de enfrentamento são utilizadas pelos pacientes acometidos por câncer colorretal, sendo as mais comuns: a espiritualidade, suporte familiar, reflexão sobre o problema, medidas de autocontrole e atividades relacionadas ao autocuidado (Oliveira, Oliveira & Schnaider, 2012). O acolhimento humanizado aos pacientes acometidos por este tipo de doença é essencial no momento da comunicação do diagnóstico, pois estes poderão sofrer um impacto vindo a perdurar ao longo de todo o tratamento. Dessa forma, o objetivo da pesquisa foi compreender as repercussões do diagnóstico e tratamento de câncer colorretal na vida dos pacientes oncológicos.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com pacientes oncológicos em acompanhamento no Setor de Oncologia Adulto de um hospital filantrópico na cidade de Recife-Pe. Os participantes estavam em tratamento quimioterápico endovenoso e foram escolhidos de forma intencional, sendo o número de participantes finalizado pelo critério de saturação. Este consiste em um processo em que os pesquisadores, por meio da análise contínua dos dados coletados e objetivos do estudo, avaliam que poucas informações novas apareceram (Turato, 2008).

Foi utilizado como procedimento de coleta de dados uma entrevista individual semiestruturada de questões abertas, realizada em local reservado, sendo gravada mediante autorização prévia dos entrevistados e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O material coletado foi transcrito na íntegra e guardado em local seguro, além

disso, os participantes foram identificados por nomes que eles próprios sugeriram, a fim de garantir o sigilo e anonimato.

Leituras sucessivas do material coletado foram realizadas para o delineamento dos principais temas. Estes, por sua vez, foram transformados em categorias para efeito de uma análise mais abrangente e sem perda dos aspectos mais profundos que foram observados. Os dados coletados foram analisados a partir da Técnica de Análise de Conteúdo (Minayo, 2004).

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde, através do CAAE número 35774214.5.0000.5569.

Resultados e Discussão

Realizaram-se sete entrevistas, das quais participaram quatro homens e três mulheres. A faixa etária dos entrevistados foi de 28 a 67 anos. Embora a literatura aponte que a incidência do câncer colorretal é prevalente entre pessoas do sexo feminino (INCA, 2014), na pesquisa foram encontrados mais homens acometidos por esse tipo de câncer. Em relação à idade, a estatística mostra que a faixa etária em que esse tipo de câncer é mais frequente é a partir dos 50 anos (INCA, 2014), no entanto, um dos pacientes entrevistados tinha 28 anos de idade. Com relação ao tempo do diagnóstico, houve variação de cinco meses a três anos. Dos sete entrevistados, seis eram casados e apenas um encontrava-se divorciado. No que se refere à escolaridade, a maioria possuía nível superior. Os participantes apresentavam histórico de câncer na família e todos relataram acreditar em Deus, sendo a maioria pertencente à religião católica.

A partir da análise de conteúdo das sete entrevistas, quatro categorias foram identificadas:

1) Revelação do diagnóstico; 2) Repercussões do diagnóstico de câncer colorretal; 3) Rede de suporte psicossocial ao longo do tratamento; 4) Estratégias de enfrentamento diante da doença.

A seguir, serão apresentados e discutidos detalhadamente os resultados da pesquisa, buscando realizar sempre uma interlocução com a literatura consultada.

Revelação do diagnóstico

Transmitir uma má notícia como o diagnóstico de câncer é uma questão complexa e exige preparo e sensibilidade por parte do profissional de saúde (Suborne, 2004, Friedrichsen, Strang & Carlsson, 2000). Durante muito tempo o processo de comunicação esteve sob o foco de atenção de diversos estudiosos interessados neste assunto, no entanto foi somente nos últimos dez anos que esse debate proliferou. O interesse nessa forma específica de comunicação surgiu devido a forte implicação física, psíquica e social que pode levar a inúmeros conflitos, afetar os sintomas, o comportamento, os relacionamentos sociais, o prognóstico, a auto percepção do paciente e dificuldade nas relações familiares.

Parece ser unânime o entendimento de que todo ser humano tem o direito de ser informado sobre as suas condições de saúde e doença bem como de suas possibilidades terapêutica (Silva, Silva & Silva, 2001). Não obstante, a revelação ou não do diagnóstico ainda continua sendo um dilema vivido com frequência pela equipe de saúde. Antes de 1970, quase 90% dos médicos norte-americanos preferiam não revelar a verdade no diagnóstico; entretanto, na última década, a opinião a respeito do assunto

mudou sensivelmente e, hoje, a grande maioria já o faz, apesar de ainda existir uma forte resistência cultural por parte de alguns grupos de profissionais e familiares para a comunicação do mesmo (Mystakidou et.al, 2004; Suborne, 2004).

Estudos indicam que a maioria dos profissionais da equipe de saúde sente-se incomodada e relativamente despreparada para este momento, destacando a importância do desenvolvimento de treinamento para essa comunicação (Booth, Maguire & Hillier, 1999; Dickson et.al, 2002; Dosanjh, Barnes & Bhandari, 2001; Suborne, 2004). Por outro lado, grande parte dos pacientes com câncer deseja ser informado a respeito do seu diagnóstico. Pesquisas indicam que 96% de pacientes ingleses (Meredith et.al, 1996), 90% de americanos e 85% de portugueses (Pimentel et.al, 1999) gostariam de conhecer a verdade sobre a sua própria doença, bem como sobre as chances de cura (Friis, Elverdam & Schmidt, 2003).

No Brasil, estudos que retratam essa realidade ainda são escassos. Em 2001, duas pesquisas evidenciaram que 90% e 95% dos seus sujeitos consideraram que o ideal seria receber a notícia da doença pelo médico (Francesconi et.al, 2001; Pinto, 2015) e 86% que o médico deveria revelar o diagnóstico quando lhe fosse perguntado (Francesconi et al., 2001). Um outro estudo realizado com 363 pessoas no estado de São Paulo com objetivo de verificar o desejo do paciente ser informado sobre o diagnóstico de câncer e de Aids, evidenciou que 96,1% dos homens e 92,6% das mulheres tinham o desejo de ser comunicado (Gulinelli et.al, 2004). As falas de Seu Francisco e Seu Jorge corroboram com a literatura, quando relatam ter recebido o diagnóstico de câncer pelo médico de maneira correta, clara, compreensiva, suave e respeitosa.

Olhe, eu recebi da maneira correta [...] Eu acho que não tinha outra maneira melhor de ter sido apresentado aquilo ali pra mim não [...] A doutora chegou uma tarde na sala, puxou uma cadeira e sentou perto de mim [...] Botou um bocado de prontuário que ela trouxe debaixo do

braço e botou em cima da minha cama [...] Ela trabalhou muito bem meu psicológico primeiro, pra poder me falar isso [...] Eu acho que ela foi muito feliz por ter agido assim [...] Ela se saiu muito bem [...] Eu acho que não tinha outra maneira melhor de comentar aquele assunto comigo (Seu Francisco, 60 anos).

O médico explicou todos os meus sintomas, como eu ia me tratar, como eu ia fazer o tratamento [...] Claro que receber um diagnóstico desse é muito difícil, mas ficou tudo muito claro (Seu Jorge, 59 anos).

De modo diferente, Seu José recebeu a notícia através da esposa, mas deixou claro no seu depoimento o desejo de que o médico tivesse dado o diagnóstico. Essa atitude, por parte do médico pode vir a minimizar as incertezas e dúvidas do paciente, à medida que o mesmo recebe informações sobre sua doença, tratamento e prognóstico.

Eu gostaria de ter recebido a notícia do que eu tinha pelo meu médico [...] Assim, eu sempre acho que o profissional é quem deve dizer [...] Agora dizer de uma forma clara e mais aberta, porque eu conheço muitos detalhes desse meu tratamento, desse meu tumor, mas foi através da internet [...] Não vou dizer que eu estou desinformado, mas acho que a forma certa era eu ter sabido pelo médico, e de uma forma adequada (Seu José, 28 anos).

No processo de adoecimento, o respeito à vontade do paciente em conhecer ou não o seu estado clínico e a verdade sobre a evolução da doença e possíveis tratamentos deve ser priorizado. Nesse sentido, a escuta do profissional torna-se fundamental para auxiliar o paciente na elaboração de sentimentos e fantasias relacionadas à doença, como também na participação ativa do tratamento.

Repercussões do diagnóstico de câncer colorretal

Em geral, o impacto da doença foi muito forte para todos os participantes: Seu Francisco sentiu o mundo acabando, uma verdadeira sentença de morte; Seu Severino

acreditava estar com um atestado de óbito em mãos; Dona Flora sentiu um “supapo”, um susto, uma dor muito grande; Seu Jorge ficou muito ansioso e nervoso; Dona Deby sentiu o chão fugir dos seus pés e Seu José sentiu um profundo medo de ficar estéril e não poder ter filhos.

Foi terrível, o mundo acabou pra mim. [...] Chorei muito, me preocupei muito [...] A notícia veio como uma bomba na minha cabeça. Na hora eu achava que ia morrer do dia pra noite, de uma hora pra outra eu morreria, tá entendendo? [...] Na hora que veio aquela notícia eu desabei pelo amor que tenho às pessoas, pelo amor que tenho aos meus amigos, meus filhos, meus netos (Seu Francisco, 60 anos).

Todo mundo criou uma expectativa assim [...] E eu também [...] Como se eu já estivesse com um atestado de óbito nas mãos (Seu Severino, 60 anos).

Nossa, eu acho que ninguém gostaria de receber esse diagnóstico [...] Dá uma tristeza mesmo. Mesmo sabendo que eu não era a primeira, nem a última a receber essa notícia, mas dá uma dor muito grande, eu senti uma dor muito grande [...] É um verdadeiro “supapo”, a pessoa leva um susto muito grande (Dona Flora, 64 anos).

Na hora eu fiquei muito ansioso, muito nervoso mesmo (Seu Jorge, 59 anos).

Foi um choque grande [...] Senti o chão fugir dos meus próprios pés (Dona Deby, 67 anos).

Dá um choque na gente, né? [...] Tem a questão também que eu não tenho filhos, aí comecei a pensar assim “ah, não vou poder devido à quimioterapia”, que deixa a gente estéril momentaneamente [...] Então esses pensamentos foram assim [...] Digamos que me deixando um pouco entristecido com a realidade (Seu José, 28 anos).

Todo adoecimento significa uma ruptura na vida, nos projetos, na perspectiva de futuro; dessa forma, o indivíduo necessita buscar formas de enfrentamento para essa

nova situação. É um processo inserido na história de vida da pessoa que adoece e, portanto, está vinculado a uma dinâmica em que os pensamentos, emoções e ações atreladas a sua condição biopsicossocial e espiritual vão permear as possíveis maneiras de lidar com o agravo à saúde.

A pessoa que convive com câncer vive simbólica e corporalmente esses processos contraditórios de saúde e doença, que exigem se perceber e se constituir como protagonista na direção da construção de projetos de vida, pessoais e coletivos, que expressem qualidade de vida e que encerram, em si mesmos, uma complexidade que precisa ser considerada diante do fenômeno de saúde e doença. A complexidade, ao ser considerada, abre portas para que se pense o sujeito na singularidade de seu processo.

Para além das mudanças que ocorrem fisiologicamente, ao receber o diagnóstico de câncer o indivíduo vivencia também um grande impacto psicológico, o que gera sentimentos como medo, ansiedade, angústia, dúvidas e raiva (Salci & Marcon, 2010). Nesse momento, uma avalanche de alterações é experienciada em nível emocional, social, cultural e espiritual. A confirmação do diagnóstico é um momento difícil de ser enfrentado pelo sujeito, pois ele passa a conviver não apenas com o estigma da morte que o câncer carrega consigo culturalmente, mas também com os efeitos que o tratamento poderá lhe causar (Sales et.al, 2003). Dessa forma, o câncer é uma doença que ainda hoje é relacionada à dor, sofrimento e degeneração, igualando-se a um atestado de óbito e à crença de que a morte é sempre um processo bastante doloroso (Kovács, 1992).

A convivência com o câncer muda permanentemente o cotidiano do sujeito, constituindo um dos momentos mais críticos da vida de uma pessoa, por implicar um sistema complexo de análise e reflexão da própria biografia, cujos significados foram construídos ao longo das suas experiências vividas (Maruyama & Zago, 2005).

Rede de suporte psicossocial ao longo do tratamento

A família é o primeiro grupo social no qual o indivíduo está inserido e é considerada a unidade primária de cuidado, local onde sujeito vive suas primeiras experiências interpessoais. Ela é caracterizada por ser um sistema intercomunicante e de relações de reciprocidade, ou seja, cada membro exerce influência sobre os outros, e qualquer mudança que ocorre com um componente afetará os demais. Desse modo, quando um membro familiar é acometido por uma enfermidade, isso faz com que ocorram modificações na vida de todos os envolvidos, de ordem afetiva, econômica e social (Souza & Gomes, 2012).

A necessidade de internação incita um processo de adaptação constante às mudanças decorrentes do adoecimento e de uma nova rotina: a hospitalar. Essas transformações ocorrem das mais diversas formas, podendo ir da submissão às normas e regras do hospital ao diálogo estabelecido com os profissionais de saúde. Sendo assim, o adoecer e a conseqüente necessidade de cuidados são fatores potenciais de estresse para o sujeito e para a família (Carvalho & Lustosa, 2008). Além disso, quando o indivíduo necessita de hospitalização, a dinâmica familiar altera-se e algumas repercussões ficam mais notáveis. A família passa, então, a conviver com a estrutura hospitalar, algo novo em sua realidade cotidiana.

Diante do processo de adoecimento e internação de um membro, a família depara-se com dificuldades no enfrentamento da situação. O momento vivenciado pelo paciente e família constitui-se de estresse permanente, sofrimento interno, elevação de ansiedade, medo do desconhecido e apreensão quanto às decisões e situações a enfrentar (Lustosa, 2007).

Minuchin (1982), psiquiatra e um dos fundadores da Terapia Familiar, considera a família como um grupo natural que, através dos tempos, tem desenvolvido padrões de interação. Esses padrões constituem a estrutura familiar que, por sua vez, governa o funcionamento dos membros da família, delineando sua gama de comportamento e facilitando sua interação. Sendo assim, acredita-se que uma forma viável de estrutura familiar é necessária para desempenhar suas tarefas essenciais e dar apoio para a individualização, ao mesmo tempo em que prevê um sentimento de pertença.

Segundo Nichols e Schwartz (2007), a organização e a dinâmica familiar são essenciais para o desenvolvimento do indivíduo. Nesse sentido, a Teoria Sistêmica não compreende a família como um conjunto de pessoas com características, valores e personalidades distintas; mas como uma complexa teia de relações e interdependência entre os vários subsistemas envolvidos (Melo et. al, 2005).

O apoio dos familiares no momento da descoberta e durante todo o tratamento da doença auxilia os pacientes a enfrentar de forma mais amena este período de adoecimento. Observa-se nas falas de Dona Deby, Dona Maria, Seu Severino, Seu José e Seu Francisco o quanto a família funciona como suporte físico e emocional ao membro adoecido, seja acompanhando as consultas médicas e sessões de quimioterapia ou dando o encorajamento necessário quando os mesmos precisavam.

Com quem eu mais tenho contado nesse momento é com a minha família! (Dona Deby, 68 anos).

Ai de mim se não fosse minha família [...] Nem sei o que teria sido de mim durante esse tempo todo com essa minha doença! (Dona Maria, 65 anos).

Minha mulher em todos os momentos tem estado comigo muito forte [...] Meu filho também, que hoje é médico, tem sido muito duro

comigo, mas me apoia muito [...] Esses dois basicamente são os meus maiores apoiadores! (Seu Severino, 60 anos).

O que tem me ajudado, primeiro é a minha esposa, que está sempre comigo, tá sempre caminhando pra lá e pra cá nessas consultas [...] A família está sempre ali por perto, sempre torcendo! (Seu José, 28 anos).

Primeiramente eu posso contar com minha família, eu recebo um apoio bom deles [...] Isso é muito bom! (Seu Francisco, 60 anos).

De acordo com Minuchin (1990), como sistema social, espera-se que a família cumpra seu propósito de proteger, orientar e preservar a espécie, organizando seus membros na forma de pensar e agir em todas as situações, inclusive as de perigo e conflito, como é o caso da exposição a fatores de risco para doenças. Guareschi, Jovchelovitch e Duveen (1994) assinalam que a doença, em primeiro lugar, não é uma representação física, mas sim a retratação e manifestação do meio social e suas relações. Dessa forma, pode-se dizer que as significações culturais são mais abrangentes sobre o corpo adoecido. Pode-se ver, através da fala de seu Jorge, o quanto suas filhas e esposa se preocupam com a sua saúde e bem-estar, ajudando-o inclusive a não desistir do tratamento.

Minhas filhas e minha esposa me dão muita força [...] Elas ficam comigo nas horas das necessidades, me trazendo aqui, vindo aqui comigo no hospital [...] Às vezes, eu penso até em desistir do tratamento, mas elas me ajudam e me dão muita força! (Seu Jorge, 59 anos).

Além da família, os amigos também foram mencionados por Seu Francisco e Seu Severino como figuras importantes e facilitadoras no processo de lidar com o adoecimento.

Os meus amigos da igreja me visitam sempre. Quando não me visitam, eles ligam. Quando eu tô aqui na quimioterapia, eles ligam [...] Eles me visitam, procuram saber como eu estou [...] Eles não me deixam, não se esquecem de mim [...] Então eu me acho muito acolhido! (Seu Francisco, 60 anos).

Tem as outras pessoas que oram muito por mim [...] É uma infinidade de pessoas que me procuram e diz: estou orando por você! (Seu Severino, 60 anos).

Diante da categoria apresentada, o suporte é uma das funções da rede social, sendo o cuidado um tipo específico com vários benefícios para o bem-estar do indivíduo adoecido, exercendo influências sobre a saúde física, psíquica, social e espiritual. O suporte relacionado ao cuidado com a doença é esperado pelo paciente como sendo proporcionado pela família e por amigos. Nesse contexto, o envolvimento de pessoas do círculo interno de amizade do paciente acometido por câncer colorretal ajuda no enfrentamento da doença.

Estratégias de enfrentamento diante da doença

Sujeitos com câncer convivem com sentimentos de temor, que são decorrentes da doença. Com receio de isolamento e da possibilidade de não poder mais participar da vida social, essas pessoas temem a degeneração física e a perda da capacidade de executar seus afazeres, o que é considerado um ataque à sua dignidade (Sales et.al, 2003). Diante disso, diferentes estratégias de enfrentamento são utilizadas, como forma de auxiliar no modo de lidar e compreender a doença.

A reflexão sobre o problema, que consiste em uma maneira eficiente de modificar as pressões internas, na tentativa de remover ou atenuar a fonte estressora,

possibilitando a procura para a resolução da doença é uma das estratégias de enfrentamento utilizada por pacientes oncológicos (Costa & Leite, 2009).

A espiritualidade também é bastante utilizada por pacientes com câncer que referem rezar e fazer promessas como maneiras de expressar sua fé em Deus, na tentativa de melhor se ajustar à situação de doença. Guimarães e Avezum (2007) definem a espiritualidade como uma propensão humana que busca significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal. Diz respeito à busca pelo sentido, que transcende o sofrimento enfrentado na vida. A religião seria posterior à espiritualidade, pois está relacionada a um conjunto de crenças e práticas rituais que caracterizam um grupo que procura dar um significado às situações vivenciadas (Guimarães & Avezum, 2007; Bertachini & Pessini, 2010).

A palavra espírito deriva do hebraico *ruah*, que significa “sopro”, literalmente associado ao sopro de vida. A espiritualidade é subjetiva, diferente para cada indivíduo, pois está ligada ao autoconhecimento, além da conexão pessoal a uma força maior e propósito de vida (Bertachini & Pessini, 2010; Silva, 2011).

A doença desencadeia a procura de significados, na busca de compreensão dessa vivência avassaladora. As crenças espirituais e religiosas oferecem suporte emocional e social e motivação, além de promover estilos de vida mais saudáveis. Nesse sentido, conhecer as crenças do paciente e seus familiares é fundamental para que o profissional de saúde compreenda de forma mais profunda suas necessidades (Bousso et.al, 2011).

A espiritualidade e sua ligação com a saúde tem se tornado um claro paradigma a ser delimitado na prática médica diária. A doença continua como entidade de grande impacto sobre os vários aspectos existentes, desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica, cultural e econômica. Portanto, torna-se relevante

reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação (Guimarães & Avezum, 2007).

Cientificamente já foi comprovada a influência da espiritualidade no prognóstico de pacientes portadores de doença crônica, influenciando em diversos aspectos como à adesão ao tratamento, à reação frente ao diagnóstico e à manutenção da qualidade de vida ao longo do tratamento (Szaflarski, 2013). Após o diagnóstico, o paciente tende a torna-se vulnerável às diversas condições que poderão influenciar a evolução da doença. É comum o aparecimento de distúrbios psicológicos, tais como: depressão, angústia, transtornos de ansiedade e até mesmo pensamentos suicidas, os quais são visivelmente diminuídos em pessoas que possuem um maior contato com sua espiritualidade (Szaflarski, 2013).

A espiritualidade pode fortalecer a fé e com isso propiciar pensamentos mais otimistas, possibilitando amenizar a tensão interna decorrente da fonte estressora (Costa & Leite, 2009). Foi possível perceber nas falas de Dona Deby, Seu José, Seu Francisco, Dona Maria e Dona Flora o quanto o apego à espiritualidade foi fundamental para fortalecê-los e seguir adiante com o tratamento de câncer.

O que tem me ajudado é a fé. A fé me dá vontade de ficar boa (Dona Deby, 67 anos).

[...] Eu recorro mais para o lado espiritual, leio a bíblia [...] Eu acho que é um ponto de equilíbrio para mim, que sinceramente, essa minha enfermidade, devido a esse refúgio que encontro no lado espiritual, não tem me tirado noites de sono, não tem me deixado estressado ou mal humorado [...] O que mais me auxilia é essa questão espiritual, é onde tenho meu maior apoio (Seu José, 28 anos).

Eu sou um homem de fé, tudo é permissão de Deus [...] Essa doença pode ter cura ou não, mas eu estou confiante em Deus. Confio em Deus primeiramente, depois no que Deus ensinou aos homens (Seu Francisco, 60 anos).

Fé é tudo! Não consigo me imaginar sem a fé nesse meu Deus que tudo pode! Tudo posso naquele que me fortalece! (Dona Maria, 65 anos).

As orações é o que tem me ajudado. Porque quando eu estou muito angustiada, às vezes chego até chorar, aí sento em um canto e vou fazer minhas orações, vou ter esse diálogo com Deus e isso me alivia bastante (Dona Flora, 64 anos).

A fé constitui um sentimento de confiança de que o indivíduo alcançará o seu desejo, um modo de pensar construtivo. Cada indivíduo reage de forma diferente ao diagnóstico, uma vez que estão envolvidas questões diversas, inclusive, o seu momento de vida. Outras estratégias de enfrentamento como manter-se calmo, procurar não sofrer por antecipação e minimizar o problema, diminuindo a carga de estresse ocasionada por ele também são utilizadas por pacientes oncológicos (Oliveira, Oliveira & Schnaider, 2012).

Atividades relacionadas ao autocuidado - reeducação alimentar, cuidados com o estoma, abandono de vícios antigos, técnicas de relaxamento, busca de informações sobre sua doença em livros, sites ou através dos profissionais de saúde, distração com programas de televisão, cuidado com as plantas e diálogo com outras pessoas - foram pontuadas em uma pesquisa como estratégias para lidar com a doença. (Oliveira, Oliveira & Schnaider, 2012). A forma que seu Severino encontrou para lidar com a doença foi realizando atividades de autocuidado, procurando informações sobre a doença, praticando yoga, fazendo acupuntura, meditação e seguindo uma boa dieta.

Eu procurei ler muito na internet e em outros meios sobre a doença [...] Em uma das minhas consultas o médico disse que era bom fazer acupuntura, então eu corri pra fazer acupuntura [...] É bom fazer yoga, aí eu já tinha feito antes e voltei [...] É bom meditar, então fui fazer meditação [...] Peguei revistas de saúde e vi quais alimentos eu estou podendo comer e sigo aquela dieta [...] Faço também minhas caminhadas que é muito bom para o câncer de cólon (Seu Severino, 60 anos).

Percebe-se que, apesar de existirem várias formas de estratégias de enfrentamento que são utilizadas de acordo com o estilo de vida e momento que o indivíduo está passando, foi notável a presença da espiritualidade como uma das modalidades mais marcantes no que diz respeito ao enfrentamento da doença. Ressalta-se que em nossa cultura, a fé em Deus é um sentimento arraigado e tão necessário quanto outros modos de enfrentamento, sendo comum ela estar presente mesmo quando outras atividades já estão sendo realizadas, tendo em vista que a mesma ajuda a amenizar a dor e o sofrimento provocados pelo impacto do diagnóstico (Oliveira, Oliveira & Schnaider, 2012).

Considerações Finais

Neste estudo percebeu-se que o diagnóstico foi vivenciado pelos pacientes como algo sofrido e doloroso, predominando entre eles sentimentos de ansiedade, dúvida, tristeza, medo e aproximação da morte. Verificou-se, também, que a forma como o diagnóstico foi transmitido pelo médico teve influência na compreensão e tratamento da doença e que espiritualidade, o suporte da família e de amigos estiveram presentes como estratégias de enfrentamento frente ao processo de adoecimento.

A vivência do câncer traz repercussões biopsicossociais na vida do paciente oncológico, sendo fundamental fortalecer a comunicação entre paciente, família e equipe de saúde, visando oferecer maior autonomia, participação ativa e singularidade do paciente e de todo o sistema envolvido nesse processo.

Referências

- Bertachini, L., & Pessini, L. (2010). A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. *Revista Bioethikos*, 4(3), 315-323.
- Booth, K., Maguire, P., & Hillier, V. (1999). Measurement of communication skills in cancer care: myth or reality? *J Adv Nurs*, 30(5), 1073-1079. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01200.x
- Bouso, R., Poles, K., Serafim, T., & Miranda, M. (2011). Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Rev. Esc. Enferm.*, 45(2), 397-403.
- Carvalho, M., & Lustosa, M. (2008). Interconsulta psicológica. *SBPH*, 11(1), 3-8.
- Costa, P., & Leite, R. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Rev. Bras. Cancerol.*, 55(4), 355-364.
- Dickson, D., Hargie, O., Brunger, K., & Stapleton, K. (2002). Health professionals' perceptions of breaking bad news. *International J Health Care QA*, 15(7), 324-336. doi:10.1108/09526860210448492
- Dosanjh, S., Barnes, J., & Bhandari, M. (2001). Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Medical Education*, 35(3), 197-205. doi:10.1111/j.1365-2923.2001.00766.x
- Francesconi, C., Seligman, B., Hadlich, E., Gerchman, F., & Lopes Junior, G. (2001). Câncer: dizer a verdade ao paciente ou não?. *Gastroenterol. Endosc. Dig.*, 20(4), 133-136.
- Friedrichsen, M., Strang, P., & Carlsson, M. (2000). Breaking bad news in the transition from curative to palliative cancer care patient's view of the doctor giving the information. *Support Care Cancer*, 8(6), 472-478.

Friis, L., Elverdam, B., & Schmidt, K. (2003). The patient's perspective. A qualitative study of acute myeloid leukemia patients' need for information and their information and their seeking behaviors. *Support Care Cancer*, *11*(3), 162-170.

Guareschi, P., Jovchelovitch, S., & Duveen, G. (1994). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes.

Guimarães, H., & Avezum, Á. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, *34*, 88-94. doi:10.1590/s0101-60832007000700012

Gulinelli, A., Aisawa, R., Konno, S., Morinaga, C., Costardi, W., & Antonio, R. (2004). Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, *50*(1), 41-47.

Instituto Nacional do Câncer. (2014). Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.

Instituto Nacional do Câncer. (2014). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil: INCA. Rio de Janeiro, RJ.

Justino, E. (2011). *A trajetória do câncer contada pela enfermeira: momentos de revelação, adaptação e vivência da cura* (Mestrado). Universidade Federal do Paraná.

Kovács, M. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lustosa, M. (2007). A família do paciente internado. *SBPH*, *10*(1), 3-8.

Maruyama, S., & Zago, M. (2005). O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, *13*(2). doi:10.1590/s0104-11692005000200013

Melo, M., Lorenzato, F., Cabral Filho, J., Melo, Z., & Cardoso, S. (2005). A família e o processo de adoecer de câncer bucal. *Psicol. Estud.*, *10*(3), 413-419. doi:10.1590/s1413-73722005000300009

- Minayo, M. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (8th ed.). Sao Paulo: Hucitec.
- Meredith, C., Symonds, P., Webster, L., Lamont, D., Pyper, E., Gillis, C., & Fallowfield, L. (1996). Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ*, *313*(7059), 724-726. doi:10.1136/bmj.313.7059.724
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Katsouda, E., & Vlahos, L. (2004). Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Supportive Care In Cancer*, *12*(3), 147-154. doi:10.1007/s00520-003-0552-7
- Nichols, M., & Schwartz, R. (2007). *Terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, M., Oliveira, T., & Schnaider, T. (2012). Autoestima, espiritualidade e depressão em pacientes portadores de neoplasia colorretal. *Rev. Med. Res.*, *14*(4), 248-255.
- Pimentel, F., Ferreira, J., Real, M., Mesquita, N., & Maia-Gonçalves, J. (1999). Quantity and quality of information desired by Portuguese cancer patients. *Support Care Cancer*, *7*, 407-412.
- Pinto, R. (2015). *A comunicação do diagnóstico no paciente com câncer* (Dissertação de Mestrado). UNIFESP.
- Salci, M., & Marcon, S. (2010). As mudanças no cotidiano familiar e na vida da mulher após o início do tratamento para o câncer. *Rev. Min. Enferm.*, *14*(1), 43-51. doi:S1415-27622010000100007

Sales, C., Silva, A., Ribeiro, M., & Wauters, N. (2003). A existencialidade da pessoa com neoplasia em tratamento quimioterápico. *Acta Scientiarum. Health Science*, 25(2). doi:10.4025/actascihealthsci.v25i2.2229

Silva, M., Silva, A., & Silva, E. (2001). Oncologia e ética: relações e aproximações. *Rev. Paul. Enferm.*, 20(1), 42-50.

Silva, D. (2011). Significados e práticas da espiritualidade para pacientes oncológicos adultos. *Revista Hospital De Clínicas De Porto Alegre*, 31(3), 353-358.

Souza, M., & Gomes, A. (2012). Sentimentos compartilhados por familiares de pacientes em tratamento quimioterápico: em estudo de representações sociais. *Rev. Enf. UERJ*, 20(2), 149-154.

Surbone, A. (2004). Persisting differences in truth telling throughout the world. *Supportive Care In Cancer*, 12(3), 143-146. doi:10.1007/s00520-003-0579-9

Szaflarski, M. (2013). Spirituality and Religion among HIV-Infected Individuals. *Current HIV/AIDS Reports*, 10(4), 324-332. doi:10.1007/s11904-013-0175-7

The, A., Hak, T., Koeter, G., & van der Wal, G. (2000). Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ*, 321(7273), 1376-1381. doi:10.1136/bmj.321.7273.1376

Turato, E. G. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis-RJ: Vozes.

VI. CONCLUSÕES

A palavra câncer tem um sentido sociocultural de que é uma doença que traz consigo uma sentença de morte. Mesmo com todos os avanços tecnológicos que contribuem para melhores tratamentos e para a diminuição da taxa de mortalidade de sujeitos com a enfermidade, o estigma de ser uma doença dolorosa e que mata lentamente ainda é forte.

Apesar de cada paciente vivenciar o recebimento do diagnóstico de uma maneira única, é comum que neste momento haja repercussões negativas na vida desses sujeitos, como o medo da dor, da perda das funções sociais, o medo de perder familiares e amigos e o temor pela própria vida. As estratégias de enfrentamento também variam de pessoa para pessoa, pois isso vai depender da personalidade do sujeito, do seu contexto sociocultural, seus princípios, entre outros. No entanto, é possível perceber que a espiritualidade é a modalidade mais marcante de enfrentamento da doença, muitas vezes acompanhada de outras atividades que amenizem a dor e o sofrimento provocados pelo impacto do diagnóstico e tratamento.

O suporte familiar, dos amigos e da equipe de saúde neste momento também é fundamental, uma vez que contribui para o amparo emocional e entendimento da doença. Por outro lado, pacientes que não receberam esse tipo de auxílio vivenciaram a o diagnóstico de forma mais sofrida.

Observou-se que apesar da vivência do CCR trazer sentimentos negativos para os pacientes, tais como tristeza, ansiedade, medo e a sensação de que a vida estava acabando, o auxílio de amigos e familiares, combinados com o tratamento quimioterápico, no qual os pacientes enxergam sua possibilidade de continuar vivendo, proporcionaram uma maior qualidade de vida para esses sujeitos.

VII. REFERÊNCIAS

- Barbosa, L., & Francisco, A. (2007). A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. *SBPH, 10*(1), 9-24.
- Bertachini, L., & Pessini, L. (2010). A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. *Revista Bioethikos, 4*(3), 315-323.
- Booth, K., Maguire, P., & Hillier, V. (1999). Measurement of communication skills in cancer care: myth or reality?. *J Adv Nurs, 30*(5), 1073-1079. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01200.x
- Bouso, R., Poles, K., Serafim, T., & Miranda, M. (2011). Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Rev. Esc. Enferm., 45*(2), 397-403.
- Caetano, E., Gradim, C., & Santos, L. (2009). Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Revista Enfermagem UERJ, 17*(2), 257-261.
- Carvalho, C. (2007). A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. *Revista Brasileira De Cancerologia, 54*(1), 87-96. Retrieved from http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf
- Coelho, J. (2005). *Papel da colonoscopia com magnificação de imagens associada à cromoscopia no diagnóstico diferencial entre lesões neoplásicas e não-neoplásicas do intestino grosso* (Mestre). Universidade de São Paulo.
- Costa, E. (2004). *Saúde da família*. Rio de Janeiro: Rubio.
- Costa, P., & Leite, R. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Rev. Bras. Cancerol., 55*(4), 355-364.
- Dickson, D., Hargie, O., Brunger, K., & Stapleton, K. (2002). Health professionals' perceptions of breaking bad news. *International J Health Care QA, 15*(7), 324-336. doi:10.1108/09526860210448492

Dosanjh, S., Barnes, J., & Bhandari, M. (2001). Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Medical Education*, 35(3), 197-205. doi:10.1111/j.1365-2923.2001.00766.x

Fortes, P. (2004). Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde Soc.*, 13(3), 30-35.

Francesconi, C., Seligman, B., Hadlich, E., Gerchman, F., & Lopes Junior, G. (2001). Câncer: dizer a verdade ao paciente ou não?. *Gastroenterol. Endosc. Dig.*, 20(4), 133-136.

Friedrichsen, M., Strang, P., & Carlsson, M. (2000). Breaking bad news in the transition from curative to palliative cancer care patient's view of the doctor giving the information. *Support Care Cancer*, 8(6), 472-478.

Friis, L., Elverdam, B., & Schmidt, K. (2003). The patient's perspective. A qualitative study of acute myeloid leukemia patients' need for information and their information and their seeking behaviors. *Support Care Cancer*, 11(3), 162-170.

Guareschi, P., Jovchelovitch, S., & Duveen, G. (1994). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes.

Guimarães, H., & Avezum, Á. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, 34, 88-94. doi:10.1590/s0101-60832007000700012

Gulinelli, A., Aisawa, R., Konno, S., Morinaga, C., Costardi, W., & Antonio, R. (2004). Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 50(1), 41-47.

Instituto Nacional do Câncer. (2014). Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.

Instituto Nacional do Câncer. (2014). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil: INCA. Rio de Janeiro, RJ.

Instituto Nacional do Câncer. (2014). Falando sobre câncer de intestino. Disponível em http://www.inca.gov.br/publicacoes/Falando_sobre_Cancer_de_Intestino.pdf.

Instituto Nacional do Câncer. (2014). Normas e Recomendações do INCA: Prevenção do câncer do intestino. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/norma5.pdf.

Justino, E. (2011). *A trajetória do câncer contada pela enfermeira: momentos de revelação, adaptação e vivência da cura* (Mestrado). Universidade Federal do Paraná.

Kovács, M. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Macêdo, J. *A importância da humanização no acompanhamento oncológico pediátrico* (1st ed.). Retrieved from http://caccdurvalpaiva.org.br/_arquivos/artigos/download4e93355b34f23.pdf

Maruyama, S., & Zago, M. (2005). O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 13(2). doi:10.1590/s0104-11692005000200013

Melo, M., Lorenzato, F., Cabral Filho, J., Melo, Z., & Cardoso, S. (2005). A família e o processo de adoecer de câncer bucal. *Psicol. Estud.*, 10(3), 413-419. doi:10.1590/s1413-73722005000300009

Meredith, C., Symonds, P., Webster, L., Lamont, D., Pyper, E., Gillis, C., & Fallowfield, L. (1996). Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ*, 313(7059), 724-726. doi:10.1136/bmj.313.7059.724

Minayo, M. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (8th ed.). São Paulo: Hucitec.

Minuchin, P., Colapinto, J., Minuchin, S., & Lopes, M. (1999). *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artmed.

Moesinger, R. (2006). Diagnosis and emerging therapies in the treatment of colorectal cancer, 6(1), 30-39.

Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Katsouda, E., & Vlahos, L. (2004). Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Supportive Care In Cancer*, 12(3), 147-154. doi:10.1007/s00520-003-0552-7

Nichols, M., & Schwartz, R. (2007). *Terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.

Oliveira, M., Oliveira, T., & Schnaider, T. (2012). Autoestima, espiritualidade e depressão em pacientes portadores de neoplasia colorretal. *Rev. Med. Res.*, *14*(4), 248-255.

Pimentel, F., Ferreira, J., Real, M., Mesquita, N., & Maia-Gonçalves, J. (1999). Quantity and quality of information desired by Portuguese cancer patients. *Support Care Cancer*, *7*, 407-412.

Pinto, R. (2015). *A comunicação do diagnóstico no paciente com câncer* (Mestrado). UNIFESP.

Salci, M., & Marcon, S. (2010). As mudanças no cotidiano familiar e na vida da mulher após o início do tratamento para o câncer. *Rev. Min. Enferm.*, *14*(1), 43-51. doi:S1415-27622010000100007

Sales, C., Silva, A., Ribeiro, M., & Wauters, N. (2003). A existencialidade da pessoa com neoplasia em tratamento quimioterápico. *Acta Scientiarum. Health Science*, *25*(2). doi:10.4025/actascihealthsci.v25i2.2229

Sales, C., Violin, M., Waidman, M., Marcon, S., & Silva, M. (2010). Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. *Rev. Esc. Enferm. USP*, *44*(1), 221-227. doi:10.1590/s0080-62342010000100031

Silva, D. (2011). Significados e práticas da espiritualidade para pacientes oncológicos adultos. *Revista Hospital De Clínicas De Porto Alegre*, *31*(3), 353-358.

Silva, M., Silva, A., & Silva, E. (2001). Oncologia e ética: relações e aproximações. *Rev. Paul. Enferm.*, *20*(1), 42-50.

Silva, V. (2005). *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente* (Mestrado). USP.

Siqueira, K., Barbosa, M., & Boemer, M. (2007). O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *15*(4), 605-611.

Surbone, A. (2004). Persisting differences in truth telling throughout the world. *Supportive Care In Cancer*, *12*(3), 143-146. doi:10.1007/s00520-003-0579-9

Szaflarski, M. (2013). Spirituality and Religion among HIV-Infected Individuals. *Current HIV/AIDS Reports*, 10(4), 324-332. doi:10.1007/s11904-013-0175-7

The, A., Hak, T., Koeter, G., & van der Wal, G. (2000). Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ*, 321(7273), 1376-1381. doi:10.1136/bmj.321.7273.1376

Turato, E. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.

Valadão, M., Leal, R., Barbosa, L., Carneiro, M., & Muharre, R. (2010). Perfil dos pacientes portadores de câncer colorretal operados em um hospital geral: necessitamos de um programa de rastreamento acessível e efetivo. *Rev Bras. Colo-Proctol.*, 30(2), 160-166. doi:10.1590/s0101-98802010000200006

APÊNDICE 1
QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO PERFIL SÓCIO
DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES

NOME DA PESQUISA: *O impacto do diagnóstico de câncer colorretal na vida de pacientes acompanhados no ambulatório de oncologia adulto do IMIP.*

PESQUISADORAS: Gabriela Menezes Finco e Rayssa Lidya Guerra de Souza

ORIENTADORA: Juliana Monteiro Costa

Data da coleta: ____/____/____

Nome do paciente: _____

Registro: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Ocupação: _____

Estado civil: () Solteiro(a)
() Casado(a)
() Divorciado(a)
Outros: _____

Filhos: () Sim. Quantos: _____
() Não

Como mora: () Casa própria
() Casa alugada
() Apartamento próprio
() Apartamento alugado
() Casa de família
Outros: _____

Com quem mora: () Só
() Com os pais
() Com o companheiro(a)
() Com os filhos

Trabalha atualmente: () Sim () Não

Renda individual: () Até 1 salário mínimo
() 2 salários mínimos ou mais
() Acima de 3 salários mínimos

Renda familiar: () Até 1 salário mínimo
() 2 salários mínimos ou mais
() Acima de 3 salários mínimos

Recebe benefício: () Sim () Não

Crenças/Religião: () Sim. Qual: _____
() Não

Hábitos saudáveis: () Atividade física
() Alimentação equilibrada
() Nenhuma atividade
() Outros: _____

Histórico da doença na família: () Sim () Não

Há quanto tempo os sintomas apareceram: () Há 6 meses
() Há 1 ano
() Há mais de 1 ano

Tem sentido muitas dores ultimamente: () Sim () Não

Sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa: () Sim () Não

Está recebendo apoio de alguém (amigos, parentes, conhecidos, colegas):
() Sim () Não

Tem tido sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade:
() Sim () Não

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Há quanto tempo o sr (a) recebeu o diagnóstico?
2. Como foi receber o diagnóstico de câncer colo retal?
3. Quais os sentimentos emergiram no momento do diagnóstico?
4. Estava só ou acompanhado por alguém?
5. Quem foi o responsável por lhe informar o diagnóstico?
6. O senhor (a) percebe se houve alguma modificação na sua vida após o diagnóstico?
7. Há pessoas com quem o sr (a) possa contar nesse momento? De que forma elas têm ajudado?
8. O senhor (a) recebeu suporte da equipe de saúde no momento do diagnóstico? E agora, com o tratamento, como tem sido a sua relação com essa equipe? (Quem? Médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, psicologia?).
9. Como o sr (a) tem lidado com a doença? Algo tem lhe auxiliado? O que?
10. Algo interferiu no modo como o diagnóstico foi recebido?
11. Como o sr (a) gostaria de ter recebido o diagnóstico? Como o sr (a) daria uma notícia como essa?
12. O (a) senhor (a) gostaria de acrescentar alguma coisa que não foi pontuada?
13. Que mensagem o (a) senhor (a) deixaria para as pessoas que estão passando pela mesma situação?

APÊNDICE 3**LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS**

CCR	Câncer Colorretal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
PAF	Polipose Adenomatosa Familiar
HNPCC	Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TÍTULO: O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER COLORRETAL NA VIDA DOS PACIENTES

Responsáveis: Dra. Juliana Monteiro Costa; Ms. Maria Cecília Mendonça Melo, Ms. Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros, Gabriela Menezes Finco e Rayssa Lidya Guerra de Souza.

Você está sendo convidado (a) como voluntário a participar da pesquisa **“O impacto do diagnóstico de câncer colorretal na vida dos pacientes”**. O objetivo desse estudo é compreender qual foi o impacto na vida da pessoa após ter recebido um diagnóstico de câncer que atinge a região do intestino no Ambulatório de Oncologia Adulto (local em que as pessoas portadoras de tumores recebem atendimento) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, Brasil.

As entrevistas para o estudo serão realizadas no dia em que você comparecer no ambulatório e, no caso de algum tipo de reação emocional ou desconforto em falar sobre o assunto, você receberá atendimento psicológico da equipe do setor em que está sendo atendido.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será informado(a) sobre o estudo e caso tenha qualquer dúvida pode perguntar a qualquer momento e ainda terá liberdade para não querer participar.

Todas as informações que você der durante o estudo serão mantidas em sigilo, ou seja, somente o pesquisador do estudo tem acesso às informações. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhum documento que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste documento será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação nesse estudo não tem custos para você nem retorno financeiro pela sua participação.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado(a) dos objetivos do estudo e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei ter novas informações. As pesquisadoras Juliana Monteiro Costa, Maria Cecília Mendonça Melo, Waleska de Carvalho Marroquim Medeiros, Gabriela Menezes Finco e Rayssa Lidya Guerra de Souza me garantiram de que todos os dados desta pesquisa serão guardados em sigilo.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido(a) a qualquer momento pelas pesquisadoras responsáveis: Juliana Monteiro Costa e Gabriela Menezes Finco, através dos telefones (81)8826-4456 ou (81)9525-5980 respectivamente. Endereço Rua dos Coelho, 300, Boa vista. Ou, ainda, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FPS, sito à Rua Jean Emile Favre nº 422, Imbiribeira, CEP: 51.200-060. Tel: (81)3035-7732. Funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 no prédio do Bloco 04. email: comite.etica@fps.edu.br

O Comitê de Ética em Pesquisa da FPS tem como objetivo defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

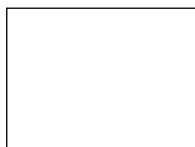
Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do Participante Data:

Assinatura do Pesquisador Data:

Assinatura da Testemunha Data:

Impressão digital



ANEXO 2
CARTA DE ANUÊNCIA

ANEXO 2

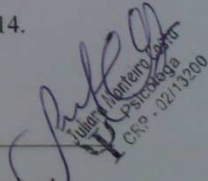
CARTA DE ANUÊNCIA

Ilma Sr(a):

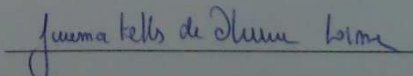
Função: Coordenador (a) do Ambulatório de Oncologia Adulto do IMIP

Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado “**Câncer e subjetividade: um estudo frente às diferentes reações de pacientes atendidos no Imip que recebem diagnóstico de câncer colorretal**” coordenado pela pesquisadora Dra. JULIANA MONTEIRO COSTA. O objetivo da pesquisa é compreender quais fatores interferem na reação do paciente no momento em que ele recebe o diagnóstico de câncer colorretal atendido no ambulatório de oncologia adulto do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip), Recife, Brasil. Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo. Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS.

Recife, 05 de maio de 2014.


Carimbo e Assinatura do pesquisador concordo com a solicitação () não concordo com a solicitação

Jurema Telles
Oncologia Clínica
CRM 11279



Carimbo e assinatura do responsável pelo setor

ANEXO 3

NORMAS PARA SUBMISSÃO À REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR (SBPH)

A submissão eletrônica de trabalhos segue dois passos: e-mail de encaminhamento e apresentação formal, descritos a seguir no Passo 1. Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do trabalho e poderão acompanhar o processo de editoração eletrônica utilizando seu nome de usuário e senha. O processo editorial somente terá início com o cadastramento de TODOS os autores no sítio da Revista, com seus respectivos e-mails.

Passo 1: O(a) autor(a) principal envia um e-mail de encaminhamento ao Editor-Chefe (rev.sbph@gmail.com), com cópia para todos os autores:

- a) Manifestando seu interesse de submissão do trabalho e apreciação do mesmo pela Comissão Editorial da Rev. SBPH, indicando a categoria à qual o trabalho pertence (relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura científica, relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica ou notícia);
- b) Autorizando o início do processo editorial de seu trabalho, responsabilizando-se pelos aspectos éticos, atestando que o trabalho não fere as normas éticas da profissão;
- c) Responsabilizando-se por sua autoria e declarando que todos os autores mencionados participaram do trabalho;

- d) Declarando que o trabalho não está tramitando em outro periódico ou em qualquer outro tipo de publicação;
- e) Cedendo seus direitos autorais à Rev. SBPH, em caso de publicação.

Esse e-mail substitui a folha de rosto identificada, portanto, deve informar também:

- f) Título do trabalho em português e em inglês (máximo de 15 palavras);
- g) Nome e afiliação institucional (nome da instituição por extenso) de cada um dos autores;
- h) Nomes dos autores como devem aparecer em citações;
- i) Informação sobre apoio institucional (se houver);
- j) Informação sobre apoio financeiro (se houver);
- k) Endereço de correspondência do (a) autor (a) principal com o(a) qual o Editor-Chefe poderá se corresponder (recomendamos que sejam utilizados endereços institucionais);
- l) Observações, se necessário.

TODOS os autores devem dar ciência à editora-chefe, em resposta ao e-mail do (a) autor (a) principal, de sua concordância com a submissão do trabalho.

Neste e-mail, o (a) autor(a) principal não deve enviar o trabalho como anexo. O trabalho deve ser submetido apenas eletronicamente (conforme Passo 2, descrito abaixo).

Passo 2: Apresentação formal do trabalho. Os textos originais deverão ser submetidos via internet mediante cadastro do (a) autor (a) no site da revista (<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/sbph/>). No caso dos autores de relatos de pesquisa, deve ser

anexado uma cópia da aprovação do projeto correspondente por um Comitê de Ética em Pesquisa, quando pertinente. Como a revisão dos trabalhos é cega quanto à identidade dos autores, é responsabilidade dos autores verificarem que não haja elementos capazes de identificá-los em qualquer parte do trabalho, inclusive nas propriedades do arquivo. O e-mail com os dados dos autores não será encaminhado aos consultores ad hoc.

Todas as submissões de trabalhos devem seguir as Normas de Publicação da APA: *Publication Manual of the American Psychological Association* (5ª edição, 2001), no que diz respeito ao estilo de apresentação do trabalho e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. Quando pertinente, a cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa deve ser encaminhada na ocasião da submissão do trabalho, para que se possa dar início ao processo editorial. Os manuscritos devem ser redigidos em português, em inglês, em espanhol ou em francês.

Para um guia rápido em português, consulte *Uma Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA*. Para exemplos de seções do manuscrito (em inglês), sugere-se *Psychology With Style: A Hypertext Writing Guide* (for the 5th edition of the APA Manual).

1. FORMATAÇÃO

a) Arquivo e número de página

Os trabalhos devem estar em formato doc e não exceder o número máximo de páginas (iniciando no Resumo como página 1 e incluindo Resumo, Abstract, Figuras, Tabelas, Anexos e Referências, além do corpo do texto) indicado para cada tipo de trabalho aceito, a saber:

- Relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura: 15 a 25 páginas.
 - Relatos de experiência profissional: 10 a 15 páginas.
 - Carta ao editor, nota técnica e resenhas: 3 a 10 páginas.
- b) Papel: tamanho A4 (21 x 29,7 cm);
- c) Fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo Referências, Notas de Rodapé, Tabelas, etc;
- d) Margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita);
- e) Espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o trabalho, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, etc;
- f) Alinhamento: esquerda;
- g) Recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm;
- h) Numeração das páginas: no canto direito superior;
- i) Cabeçalho de página: as primeiras duas ou três palavras do título devem aparecer cinco espaços à esquerda do número da página;
- j) Endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos;
- k) Ordem dos elementos do trabalho: Folha de rosto sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Referências, Anexos, Notas de Rodapé, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

2. ELEMENTOS DO TRABALHO

- a) Folha de rosto sem identificação: título em português (máximo 15 palavras, maiúsculas e minúsculas, centralizado) e o título em inglês compatível com o título em português;
- b) Resumos em português e inglês: Parágrafo com no máximo 200 palavras (relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura) ou 150 palavras (relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica e resenhas), com o título e o resumo escrito centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Ao fim do resumo, listar pelo menos três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula), preferencialmente derivadas da Terminologia em Psicologia, da Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia. O resumo em inglês (*abstract*) deve ser fiel ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, a tradução deve preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical inglês. Rev. SBPH tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final do abstract, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. Isto é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. O *abstract* deve ser seguido das *keywords* (versão em inglês das palavras-chave);
- c) Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, Resultados, Método e Discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira

letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: Participantes, ou Análise dos Dados).

As palavras Figura, Tabela, Anexo que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

Sublinhados, Itálicos e Negritos: Sublinhe palavras ou expressões que devam ser enfatizadas no texto impresso, por exemplo, "estrangeirismos", como *self*, *locus*, *etc* e palavras que deseje grifar. Não utilize itálico (menos onde é requerido pelas normas de publicação), negrito, marcas d'água ou outros recursos que podem tornar o texto visualmente atrativo, pois trazem problemas sérios para editoração.

Dê sempre crédito aos autores e às datas de publicação de todos os estudos referidos. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito:

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2001, 5ª edição) para verificar as normas para outras referências.

- Citação de artigo de autoria múltipla:

Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido:

Magtaz e Berlinck (2012) referem-se à temática da oralidade na melancolia (...)

A questão da oralidade na melancolia (Magtaz & Berlinck, 2012) (...)

Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores só na primeira citação e nas seguintes cite o primeiro autor seguido de et al., data:

Sobre a avaliação do modelo de organização de uma unidade de emergência Santos, Scarpelini, Brasileiro, Ferraz, Dallora e Sá (2013) apontam (...)

Este assunto foi descrito em outro artigo (Santos et al., 2003) (...)

Artigo com seis ou mais autores: cite no texto apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data.

Porém, na seção de Referências Bibliográficas todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

- Citações de obras antigas e reeditadas

Segundo Foucault (1980/2011) (...)

A respeito da história das práticas institucionais (Foucault, 1980/2011) (...).

Na seção de referências, citar:

Foucault, M. (2011). O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense. (Trabalho original publicado em 1980)

- Citações diretas

Citações diretas com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citação com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um

parágrafo no formato de bloco, com cada linha recuada 5 espaços da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhado e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tais como comentários ou observações devem ser feitos entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

Atenção: Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA (2001, 5ª edição).

d) Referências Bibliográficas

Inicie uma nova página para a seção de Referências Bibliográficas, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. Continue utilizando espaço duplo e não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA (veja alguns exemplos abaixo). Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2001, 5ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui.

Em casos de referência a múltiplos estudos do(a) mesmo(a) autor(a), utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Exemplos de referências:

- Artigo de revista científica

Rosa, M. D. (2013) Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clinicopolíticas. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 41, 29-40.

- Artigo de revista científica paginada por fascículo

Proceder de acordo com o indicado acima, e incluir o número do fascículo entre parênteses, sem sublinhar, após o número do volume.

- Artigo de revista científica editada apenas em formato eletrônico

Maia, M. V. M., & Pinheiro, N. N. B. (2008, maio) Um mundo arcaico de vastas emoções e pensamentos imperfeitos: reflexões sobre sonhos e atos agressivos na adolescência. Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line, 5(1). Recuperado em 12 de novembro, 2013, de www.fundamentalpsychopathology.org

- Livros

Moretto, M. L. (2001). O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Capítulo de livro

Albert, S. (2006). A estrutura e as redes em psicanálise. In S. Albert & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (PP. 83-100). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Obra antiga reeditada em data posterior

Nietzsche, F. W. (2006). *Introdução à tragédia de Sófocles*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1870)

- Trabalhos inseridos em coletânea de obras de um autor

Freud, S. (1969a). Além do princípio de prazer. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad., V.18, pp. 13-75). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Freud, S. (1969b). O ego e o id. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad., V.19, pp. 15-85). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

- Autoria institucional

Ministério da Saúde (2012). *Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ*. Brasília, DF: Editora MS.

- Trabalho publicado em anais, resumos, e outras publicações de eventos

Dunker, C. I. L. (2006) *Elementos para uma Metapsicologia do Corpo*. Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental: Belém, PA. São Paulo: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

- Teses ou dissertações

Nogueira, L. C. (1972). Contribuição ao estudo do inconsciente freudiano. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Documentos legislativos

Lei n. 10.216 (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República.

- e) Anexos

Devem ser evitados sempre que possível, e acrescentados somente se contiverem informações consideradas indispensáveis, como testes não publicados ou descrição de equipamentos ou materiais complexos. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

- f) Notas de rodapé

Devem ser evitados sempre que possível, no entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e apresentadas após os Anexos. O título (Notas de Rodapé) aparece centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Recue a primeira linha de cada nota de rodapé em 1,25cm e numere-as conforme as respectivas indicações no texto.

- g) Tabelas

Devem ser elaboradas em Word (.doc) ou Excel. No caso de apresentações gráficas de tabelas, use preferencialmente colunas, evitando outras formas de

apresentação como pizza, etc. Nestas apresentações evite usar cores. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Dê um espaço duplo e digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento.

h) Figuras

Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma folha em separado. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura. Dê um espaço duplo e digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo.

As palavras Figura, Tabela e Anexo que aparecerem no texto devem, sempre, ser escritas com a primeira letra em maiúscula e devem vir acompanhadas do número (para Figuras e Tabelas) ou letra (para Anexos) respectivo ao qual se referem. A utilização de expressões como "a Tabela acima" ou "a Figura abaixo" não devem ser utilizadas, porque no processo de editoração a localização das mesmas pode ser alterada. As normas da APA (2001, 5ª edição) não incluem a denominação de Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras.