



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES

ROSANA MARIA DA CUNHA

**A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA REDUÇÃO DOS
ESTIGMAS DE CÂNCER**

SÃO JOÃO DEL-REI
2014

ROSANA MARIA DA CUNHA

**A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA REDUÇÃO DOS
ESTIGMAS DE CÂNCER**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN, como requisito parcial à obtenção do Título de Graduada, sob orientação do Professor Esp. Marcio Antonio Resende.

SÃO JOÃO DEL-REI
2014

ROSANA MARIA DA CUNHA

**A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA REDUÇÃO DOS
ESTIGMAS DE CÂNCER**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN, como requisito parcial à obtenção do Título de Graduada, sob orientação do Professor Esp. Marcio Antonio Resende.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Esp. Marcio Antonio Resende
(orientador)

Profª. Msc. Jane Daisy de Sousa Almada Resende

Profª. Esp. Angela Pierina Farnese Mazocoli

*“Dizem os chineses: Se precisar disparar a flecha da verdade,
primeiro molhe a sua ponta no mel.”*

Paulo Coelho

Dedico esta monografia a todos que lutam bravamente contra o câncer, e transformam o sofrimento em esperança, em especial a Gabriela que apesar de ter tido uma passagem curta por esta vida, soube vive-la intensamente, assim, como soube morrer.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente á Deus, por ter me iluminado, e me dado sabedoria para que eu pudesse romper todos os obstáculos que surgiram neste período, sei que muitos ainda virão, mas sei também que poderei sempre contar com Ele.

Ao meu orientador Marcio, por fazer-me acreditar que tudo daria certo mesmo quando tudo era somente uma vontade, obrigada pela paciência e motivação.

A todos os professores, pelas palavras de incentivo e motivação durante estes cinco anos, muito obrigada.

Aos meus pais, Dalton e Venina pela vida, pelos ensinamentos de respeito, amor e principalmente humildade.

Aos meus filhos Thomás e Vitor por entenderem a minha ausência, sei que houve momentos difíceis, mas tenham certeza que para mim não foi nada fácil, mas vencemos....!

Ao Aluisio pela paciência, incentivo, palavras de carinho e pelo amor incondicional.

Às minhas irmãs, cunhados, sobrinhos, pelo incentivo e carinho.

Aos colegas de faculdade, foram cinco anos de convivência, uma nova família se formou, aprendi muito com vocês.

Às novas irmãs de coração, Camila, Wandinha, Mayra Coelho e Fernanda, este encontro tinha que acontecer...

Às minhas amigas, pelo empurrão, e por fazerem-me acreditar que nunca é tarde para realizar nossos sonhos.

A todos, meu muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

DNA- Ácido Desoxirribonucléico

LDH- Lactato Desidrogenase

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 - A DOENÇA ONCOLÓGICA.....	11
1.1 Compreendendo a doença oncológica.....	11
1.2 Métodos de detecção	13
1.3 Modalidades terapêuticas.	14
2- DIAGNÓSTICO E SUAS REPRESENTAÇÕES.....	16
2.1 Direito e responsabilidade ética na revelação do diagnóstico	16
2.2 Estágio e fases da aceitação da doença	17
2.3 O diagnóstico da doença oncológica.....	19
3 – A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO DIAGNÓSTICO DA DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS.....	21
3.1 Os estigmas que envolvem a doença oncológica	21
3.2 Profissionais Envolvidos	22
3.2.1 O psicólogo	22
3.2.2 Nutricionista.....	23
3.2.3 Fisioterapeuta.....	24
3.2.4 Terapeuta Ocupacional.....	25
3.3 A participação do enfermeiro na revelação do diagnóstico.....	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	29

RESUMO

O diagnóstico de câncer traz estigmas e representações negativas na vida dos pacientes, provocando um dilema para os profissionais de saúde, o de revelar ou não revelar o diagnóstico de uma doença grave e muitas vezes incurável. Diante deste conflito a participação da equipe multiprofissional nesta revelação é essencial, pois, possibilita uma melhor discussão dos casos e a soma dos dados possibilita a definição de diretrizes para o tratamento, obtendo com isto um melhor entendimento da doença por parte do paciente e seus familiares. É sabido que o paciente ao saber do diagnóstico passa por fases e estágios, que, se bem conduzidos e compreendidos pela equipe de saúde passam com o decorrer do tratamento. Objetiva-se com este estudo um maior envolvimento da equipe de saúde no momento da revelação do diagnóstico de uma doença estigmatizada como é o câncer, amenizando assim as reações do paciente diante do diagnóstico e tratamento da doença. Dessa forma, foi realizada uma pesquisa de caráter bibliográfico baseada em literatura específica, artigos e manuais referentes ao tema. Ao término deste estudo, constatou-se que a participação da equipe multiprofissional na revelação do diagnóstico contribui para que o paciente tenha uma melhor compreensão da patologia e com isto, maior adesão ao tratamento. E que, o enfermeiro por ser o profissional que está mais em contato com o paciente, esclarece, orienta, apoia e dá suporte emocional, além de fazer o elo entre paciente e equipe de saúde.

Palavras-chave: Câncer; Diagnóstico; Estigma; Equipe de Saúde.

INTRODUÇÃO

O câncer apesar de ser uma patologia bastante antiga e conhecida, é uma doença estigmatizada, e sabendo que estes estigmas é um dificultador da terapia oncológica proposta, a participação de uma equipe multiprofissional na redução destes estigmas e de suma importância, pois faz com que pacientes e familiares se sintam mais confiantes com a equipe e com a terapia proposta, fazendo também com que tenham maior adesão ao tratamento.

A partir do diagnóstico da doença oncológica, os pacientes sofrem um impacto, cabendo aos profissionais de saúde envolvidos, discernimento para saber conduzir este momento, respeitando seus limites, sua individualidade.

Este estudo parte do questionamento de outros profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, participarem da revelação do diagnóstico de câncer com objetivo de juntos discutirem qual a melhor terapêutica a ser adotada para o paciente, e também como o envolvimento de mais profissionais contribui para que familiares e pacientes tenham um melhor entendimento e esclarecimentos sobre a doença.

O objetivo geral deste estudo é mostrar aos leitores os estigmas e representações que o diagnóstico de câncer acarreta na vida dos pacientes, mas que, através do entendimento sobre o que é a doença, e que, quanto mais precoce esta for detectada, melhores resultados terão as modalidades terapêuticas e até mesmo chances de cura. Importante também ressaltar que após a revelação do diagnóstico de câncer, alguns pacientes passam por fases e estágios, mas que irão desaparecer no decorrer do tratamento. Pretende-se enfatizar a importância da participação de uma equipe multiprofissional na revelação do diagnóstico de câncer com o intuito de amenizar os estigmas de uma doença tão grave.

A escolha do tema se deu devido ao grande dilema que envolve o diagnóstico de uma doença grave e muitas vezes incurável como é o câncer, como o melhor momento de revelar, para quem revelar, qual profissional faz esta revelação, quando a família tem direito de decisão, pode o paciente participar de decisões quanto a conduta a ser tomada? São questionamentos constantes na vida tanto dos profissionais de saúde como de pacientes e familiares.

A realização deste estudo teve como metodologia revisão bibliográfica analítica e descritiva baseada em literatura especializada, busca em sites científicos, periódicos e manuais referentes ao tema. Segundo a Resolução 196/96 que dispõe sobre as diretrizes e

normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, a pesquisa de caráter bibliográfico não requer aprovação do comitê de ética.

Para melhor compreensão, o presente estudo foi dividido em três capítulos: sendo que o primeiro capítulo trata da doença oncológica, como é realizado o diagnóstico e modalidades terapêuticas. O segundo capítulo fala sobre as representações do diagnóstico e as fases e estágios que os pacientes enfrentam após o conhecimento da patologia. E o terceiro capítulo relata os estigmas da doença oncológica e como é importante a participação de uma equipe multiprofissional na revelação do diagnóstico, enfatizando o papel do enfermeiro.

1. A DOENÇA ONCOLÓGICA

Atualmente muito se falou sobre a doença oncológica, fato este que ocorre principalmente por sua prevalência e incidência, sendo detectado em todas as faixas etárias e níveis socioeconômicos. Embora seja de conhecimento de grande parte da população seu diagnóstico é envolto por estigmas e preconceitos, sendo necessário que os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem consiga compreender tal situação, otimizando assim, a prestação de cuidados ao indivíduo e seus familiares.

1.1-Compreendendo a doença oncológica

O câncer é uma patologia que envolve o crescimento anormal de células, com modificação da funcionalidade do tecido originário. Segundo Brasil (2011, p. 17) Câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos.

Algumas células normais do corpo humano são capazes de se multiplicarem através de um processo contínuo que é natural. A maioria dessas células, cresce, multiplica-se e morre de maneira ordenada, portanto, a proliferação celular não significa presença de malignidade, mas apenas um processo normal de divisão celular (BRASIL, 2011, p.17).

De acordo com Simone (2001, p. 1144), o câncer descreve uma classe de doenças caracterizadas pelo descontrole do crescimento de células aberrantes, que por terem um poder de invasão destrutiva de órgãos normais por invasão direta, ou por disseminarem através do sangue, linfa ou superfície serosa, são geralmente fatais. Todos os cânceres têm o poder de invasão e/ou metástase, mas cada tipo com suas peculiaridades clínicas e biológicas, e devem ser avaliados para abordagem apropriada de seu estudo, diagnóstico e tratamento.

Ainda de acordo com o autor supracitado, a formação do câncer pode surgir em decorrência de vários fatores, mas, a via direta comum em praticamente todos os casos é a mutação genética celular, alterações no DNA dos genes, que converte uma célula com proliferação normal em uma célula destrutiva, não respondendo aos comandos de equilíbrios habituais do organismo. Essas células com material genético alterado passam a receber instruções erradas (SIMONE, 2001, p. 1144).

Independentemente da exposição a agentes cancerígenos, as células sofrem processos de mutação espontânea, que alteram seu desenvolvimento normal. Entretanto, a

célula original que deu origem ao tumor pode não adquirir todas as características de uma célula cancerosa (BRASIL, 2011, p. 21).

As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados proto-oncogeneses, que, a princípio, são inativos em células normais. Quando ativados, os proto-oncogeneses transformam em oncogenese, responsáveis pela malignização (cancerização) das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas (BRASIL, 2011, p. 21).

O câncer pode ser resultado da proliferação desordenada de qualquer tipo de célula do organismo, existindo assim, centenas de diferentes tipos celulares de câncer.

Segundo Cooper, Hausman (2007, p.624) o mais importante na patologia do câncer é a distinção entre tumores benignos e malignos. O tumor benigno fica confinado ao seu local de origem, não acometendo o tecido normal vizinho, nem se espalhando para locais distintos do corpo. Entretanto, o tumor maligno é capaz de invadir tanto o tecido circunvizinho, como se espalhar pelo corpo através dos sistemas circulatórios ou linfáticos (metástase). E somente estes tipos de tumores malignos são chamados de cânceres. Como também, estes tumores malignos se desenvolvem com maior frequência em células de elevado índice de renovação.

De acordo com Andrade *et al* (2006, p.228) a neoplasia pode iniciar de forma espontânea ou ser provocada pela ação de agentes carcinógenos. Os fatores que determinam a carcinogênese são divididos em intrínsecos e extrínsecos.

Os fatores intrínsecos são componentes genéticos e familiares que podem lesar o DNA celular, que formarão células mutantes e se desenvolverão de acordo com fatores de risco a que estão expostas. Os distúrbios hormonais produzidos pelo próprio corpo, o uso de contraceptivos orais, assim como alterações no sistema imune podem constituir fatores intrínsecos para desenvolvimento de câncer. Já os fatores extrínsecos são agentes físicos, químicos ou biológicos, de natureza variada, que são capazes de induzir agressão ao genoma ou favorecer o desenvolvimento de mutações iniciadas pelos fatores intrínsecos (ANDRADE *etal*, 2006, p.229).

Devido ao aumento desordenado das células e conseqüente perda de suas funções primárias pode-se destacar que quanto antes o câncer for detectado e tratado, melhor será o prognóstico do indivíduo, influenciando diretamente nas formas de tratamento, possibilitando maiores probabilidades de cura e conseqüentemente melhor qualidade de vida, desta forma destacaremos a seguir as formas de diagnóstico.

1.2 –Métodos de detecção

A maior probabilidade de controle e cura da doença oncológica se dá o quão mais precoce for realizado seu diagnóstico. Diante de tal situação, ao menor sinal e sintoma de anormalidades no funcionamento normal do organismo, o indivíduo deverá buscar meios para o possível diagnóstico de lesões oncológicas, aumentando assim, suas chances de cura.

Segundo Brasil (2011, p. 57) o objetivo é detectar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas quando ainda estão localizadas no órgão de origem, antes que invadam tecidos circunvizinhos ou outros órgãos, e para isto são utilizadas duas estratégias de detecção que são o diagnóstico precoce e rastreamento.

Ainda de acordo com Brasil (2011, p.59-60) O primeiro é realizado para descobrir o mais cedo possível sintomas e/ou sinais clínicos que o paciente apresenta. Deve-se estar atento a exposição aos fatores de risco na suspeita de câncer, principalmente se o paciente convive com tais fatores. O rastreamento é realizado em pessoas saudáveis com o objetivo de selecionar aquelas com maiores chances de desenvolverem o câncer por apresentarem exames alterados ou suspeitos, devendo, portanto, serem encaminhados para investigação diagnóstica. A realização dos exames diagnósticos dependerá de história, manifestações clínicas e índice de suspeita para um câncer em particular.

Podem ser realizados, endoscopia que é utilizada para a visualização direta dos órgãos do corpo/cavidade para detectar anormalidades; outros exames de imageamento incluem *Scans*, ressonância magnética, tomografia computadorizada, gálio e ultrassonografia, realizados para identificação de metástase e avaliação da resposta ao tratamento, além de fins diagnósticos; marcadores de tumor, substâncias produzidas e secretadas pelas células tumorais e encontradas no soro, usado para diagnóstico de câncer, mas mais útil como indicador de prognóstico e/ou monitor terapêutico (DOENGES *et al*, 2003,p.903).

A autorasupracitada (2003, p. 903) afirma que podem ser realizados também a triagem química (eletrólitos: sódio, cálcio, potássio), testes renais, hepáticos e ósseos; fosfatase alcalina, LDH; hemograma completo com diferencial e plaquetas, que pode revelar anemia, mudanças nas hemácias e leucócitos, plaquetas aumentadas ou diminuídas; e Raio X de tórax, triagem para doença primária ou metastática dos pulmões. Há também a biopsia, um procedimento no qual se colhe uma pequena quantidade de amostra de tecido ou células, onde se faz uma pequena incisão na pele com um bisturi, removendo um pequeno fragmento de pele ou músculo, ou quando se tratar de amostras de órgãos ou tecidos mais profundos utiliza-se a punção, onde é utilizada uma agulha oca, que é inserida através da pele até a

profundidade desejada. Após, colhido o material é encaminhado para o laboratório para confirmação do diagnóstico através de exame histopatológico.

Uma vez realizado o diagnóstico inicial pode ser definido uma meta terapêutica e instalado um tratamento de acordo com o tipo de tumor e necessidades específicas de cada paciente.

1.3 - Modalidades terapêuticas

Atualmente as bases para tratamento da maioria dos cânceres envolvem procedimentos cirúrgicos de extirpação de tumores, quimioterapia ou radioterapia. Cabe ressaltar que a utilização de mais de um método pode ser aplicado com o intuito de alcançar o objetivo terapêutico almejado.

Segundo Brasil (2011, p.66) as principais metas do tratamento são, cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida. E existem três formas principais de tratamento para o câncer que podem ser usadas em conjunto, variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores à terapia e a melhor sequência de sua administração.

A cirurgia é a mais antiga e mais definitiva, mas deve ser realizada quando o tumor é localizado e as condições anatômicas favoráveis. Quando o tumor é muito sólido, somente a cirurgia é contra-indicada, devido à disseminação local ou distante do tumor. São também necessárias habilidades e experiências cirúrgicas para a retirada do tumor para saber se pode ou não ser ressecável, obtendo margens livres e conseguindo tecido suficiente sem causar disseminação (SIMONE, 2001, p. 1147).

Ainda segundo o autor supracitado, a radioterapia é mais utilizada em tumores localizados que não podem ser ressecados ou não apresentam morbidade grave. Também é utilizada a radioterapia antes da cirurgia para diminuir o tamanho do tumor, ou depois da cirurgia reduzindo as chances de recidiva; em alguns tipos de cânceres a radioterapia é associada à quimioterapia.

A radioterapia vem sendo cada vez menos utilizada em crianças e adolescentes devido aos efeitos colaterais tardios ao desenvolvimento orgânico que este tratamento pode causar nestes pacientes (BRASIL, 2011, p.68).

A quimioterapia é a forma de tratamento sistêmico para o câncer que usa medicamentos chamados de quimioterápicos ou antineoplásicos. Era o primeiro tratamento para qualquer tipo de câncer. Como os tumores desenvolvem subpopulações de células que são diferentes quanto à sensibilidade a agentes neoplásicos, as combinações de agentes

destróem mais células com mais rapidez, reduzindo assim, a frequência de clones resistentes (SIMONE, 2001, p.1147).

De acordo com o autor supracitado (2001, p. 1147) apesar de a toxicidade ser é uma preocupação, para muitos tipos de cânceres, os melhores resultados dependem da intensidade da dose, onde agentes efetivos administrados em doses mais altas por um período mais curto são mais eficazes que esquemas menos intensivos.

A hormonioterapia é considerada um tipo de tratamento quimioterápico. Consiste no uso de substâncias semelhantes ou inibidoras de hormônios para tratar as neoplasias que são dependentes desses. A finalidade deste tratamento é definida pelo oncologista clínico conforme a doença do paciente (BRASIL, 2011, p.68).

O diagnóstico de câncer deixa o homem sem expectativas para o futuro, modificando toda a estrutura de sua personalidade, todos os seus valores, a idéia de morte é algo emocionalmente difícil de ser aceito, mesmo que conhecida (SILVA, 2005, p. 144).

Mesmo com todo avanço tecnológico para detecção precoce e início imediato do tratamento, o câncer ainda assim, continua sendo uma doença bastante estigmatizada, causando modificações nas atitudes do paciente, familiares e sociedade frente à doença, assunto este que será abordado a seguir.

2 -DIAGNÓSTICO E SUAS REPRESENTAÇÕES

Revelar o diagnóstico, independentemente da patologia, é uma tarefa bastante difícil, tanto para pacientes, familiares quanto para os profissionais envolvidos, e diante destes questionamentos que envolvem tal situação, é necessário que a equipe de saúde esteja preparada e consciente do melhor momento para realizá-lo, considerando o perfil de cada indivíduo, sua condição sócio econômica e religiosa, pois tais fatos interferirão na aceitação do mesmo.

2.1 - Direito e responsabilidade ética na revelação do diagnóstico

De acordo com Lahan e Chiba (2003, p. 158) o primeiro dilema enfrentado pela equipe de saúde é a revelação ou a não revelação do diagnóstico de uma doença grave ou incurável para o paciente.

A comunicação do diagnóstico é iniciada por uma série de mudanças negativas na vida do paciente, e a maneira como esta comunicação é feita, contribui para o envolvimento do paciente e seus familiares no tratamento, para isto é necessário, que os profissionais de saúde tenham uma conduta pautada em valores humanos e éticos e não apenas em valores técnicos e terapêuticos (CAVALCANTI, 2005, p.43).

O Conselho Regional de Medicina (2009, p.173) afirma que “É vedado ao médico deixar de informar ao paciente, o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.”

De acordo com Bérghamo (2005, p.78) todos têm o direito de receber informações sobre seu estado de saúde. O que os profissionais devem é, conhecer os limites de cada paciente para saber quanto ele suporta saber, como ele gostaria de saber, dizendo a verdade em forma de uma comunicação humana, ouvindo o paciente, avaliando sua personalidade, o seu desejo de saber.

É importante planejar a revelação do diagnóstico e preparar o paciente para tal situação. A má notícia deve ser dada passo a passo, de preferência na presença de um familiar próximo. A revelação de forma rápida e em lugares sem possibilidades de conversação não é o esperado pelo paciente. Também é muito importante fornecer esperanças. Tudo isto influencia na capacidade de compreensão e aceitação da informação (SILVA, 2005, p. 478).

De acordo com Malta *et al* (2009, p. 35) relatar a verdade para o paciente, tem mostrado ser um instrumento terapêutico, diminuindo o isolamento deste. Saber o que se passa, possibilita o paciente programar sua vida diante desta nova realidade.

Alguns pacientes têm uma atitude de não querer saber seu diagnóstico, mostrando ao profissional que ele precisará mudar a abordagem a este paciente, usar de estratégias diferenciadas; mesmo que o profissional contrarie o Código de Ética Médica, o paciente estará exercendo o seu direito de autonomia. Entretanto, o paciente que deseja receber informações sobre seu diagnóstico, não significa que queira saber sobre seu prognóstico, devendo o profissional saber respeitar este tempo do paciente para assimilar a notícia e perspicácia para perceber quando o paciente começa a mudar de idéia, e quanto ele deseja ser informado (PINHEIRO, 2012, p. 75).

Caso o paciente ainda não tenha discernimento suficiente para entender a gravidade de sua doença, quando são muito jovens ou muito idosos; quando suas condições físicas ou psicológicas não permitam que ele compreenda essa gravidade, ou até mesmo quando o profissional, não se sinta preparado, a revelação do diagnóstico é contra indicada (CAVALCANTI, 2005, p.43).

2.2 - Estágios e fases de aceitação da doença

De acordo com Silva, (2006, p. 23) a existência do câncer é uma experiência das mais desestruturantes para as famílias e doentes. Embora os procedimentos, condutas e rotinas terapêuticas existam para restabelecer e dar melhor qualidade de vida ao paciente, muitas vezes são vistos como ameaçadores invasivos e agressivos, aumentando a vulnerabilidade e fragilidade deste paciente. E devido a estas experiências o paciente passa por fases e estágios, cada qual com resoluções específicas para o doente e familiar.

A primeira fase é a fase aguda, que inclui o período sintomático até a conclusão diagnóstica. Nesta fase tanto o paciente quanto os que o cercam experimentam um sentimento de choque, de incredulidade, quando o que era somente um temor torna-se realidade. A conclusão diagnóstica provoca uma crise com sofrimento psicológico que é considerado normal. E nesta primeira fase também o paciente passa por três estágios (SILVA, 2006, p. 24).

O primeiro estágio, ou resposta inicial, o paciente apresenta-se incrédulo, com uma incapacidade de processar as informações que lhes são passadas. Sentem-se em estado de choque, questionam sobre a veracidade do diagnóstico e laudos dos exames, geralmente

procuram opiniões com outros profissionais. Este estágio permanece por aproximadamente uma semana (SILVA, 2006, p. 24).

O segundo estágio de acordo com a mesma autora (2006, p.24), é a disforia, onde o paciente passa a aceitar a realidade do diagnóstico, apresenta um grau de sofrimento com vários sentimentos, depressão, ansiedade, insônia, anorexia, apresentam sentimentos mórbidos que aos poucos vão sendo substituídos por sentimentos de esperança e otimismo, é neste estágio que o paciente consegue elaborar informações sobre possibilidades de tratamento. Este período costuma variar de uma a duas semanas.

O terceiro estágio é o da adaptação ao diagnóstico, o paciente usa de várias estratégias para adaptar-se ao fato de estar com câncer. Algumas estratégias são utilizadas neste estágio, como: estratégias centradas nos problemas, ajudando pacientes a administrar problemas específicos mudando situações; estratégias centradas nas emoções ajudando a regular o grau de sofrimento emocional e estratégias centradas no significado, ajudando o paciente a compreender o impacto do câncer na sua vida (FOLKMAN; GREER, 2000; PEARLIN; SCHOOLER, 1978; ROWLAND, 1989 *apud* SILVA, 2006, P. 25).

O foco nesta primeira fase é a adaptação ao diagnóstico, onde pacientes e familiares tendem a se unir para atender as necessidades imediatas e enfrentar dúvidas quanto ao futuro. Todos se envolvem num aprendizado de como enfrentar a dor e incapacidades, e em como lidar com o ambiente hospitalar, com procedimentos terapêuticos, e construir uma relação com profissionais que os acompanharão (SILVA, 2006, p.25).

Borges *et al* (2006, p.366) de acordo com o livro publicado por E. Kubler-Ross (1977) diz que os pacientes gravemente enfermos passam por cinco estágios. Negação, é quando os pacientes tomam consciência de sua real situação, costumam procurar uma segunda opinião. Outros agem com otimismo e fazem planos para o futuro; é importante não forçá-los a aceitar. À medida que o sentimento de negação vai diminuindo, a raiva vai surgindo, geralmente dirigida aos profissionais, visitantes, familiares e a Deus. Logo depois vem a barganha, onde os pacientes fazem acordos, pactos, consigo mesmo e com Deus. Ao final do tempo da barganha, o paciente passa pela depressão, entra em um período de silêncio interior, sente-se culpado e aflito, é importante a presença de familiares e amigos. O último estágio segundo os autores é a aceitação, é quando o paciente mostra-se capaz de entender sua situação de estar doente e toda consequência causada. A aceitação não exclui a esperança, mas o paciente já não sente mais angústia ou medo.

Segundo Silva (2006, p. 26) a segunda fase do curso da doença, compreende o período do diagnóstico até o estágio final, é o tratamento propriamente dito, podendo ser um período

curto ou longo. Há momentos de otimismo e outros de desesperança, familiares podem discordar do tratamento gerando tensões. Os efeitos colaterais do tratamento, como mudança na aparência e insuficiência de recursos financeiros podem causar problemas de relacionamento entre familiares. O principal desafio desta fase é tentar viver uma vida normal, apesar de tudo.

A terceira fase é a terminal ou de resolução. É nesta fase que o paciente torna-se um sobrevivente, até ser considerado fora de perigo, ou aguarda a morte. No caso de morte, o desafio será lidar com a separação e o luto. Já no caso de sobrevivência o desafio é reencontrar seu lugar de pessoa sadia na família e sociedade, e espantar o fantasma de recidiva sempre presente (SILVA, 2006, p. 26-27).

2.3 - O diagnóstico da doença oncológica

Transmitir uma má notícia como o diagnóstico de doença oncológica é uma questão difícil e complexa, exigindo dos profissionais de saúde preparo e sensibilidade, e diante da autonomia do paciente parece ser unânime o entendimento de que todos têm o direito de serem informados sobre suas condições de saúde e doença, e de suas possibilidades terapêuticas. Mas a revelação ou não do diagnóstico ainda é um dilema vivido pelos profissionais de saúde com o intuito de poupar o paciente no aspecto emocional (SILVA, 2005, p.477).

O desejo dos pacientes de serem informados sobre o diagnóstico varia conforme sua história, conhecimento e crenças, bem como pelo seu amadurecimento pessoal e momento de vida, não havendo uma conduta profissional específica, ou pré determinada para todos os casos (SILVA, 2005, p.477- 478)

Segundo Paula (2003, p.224) para facilitar a comunicação, é importante que haja empatia entre médico e paciente, o comportamento do paciente dependerá também da situação clínica como um todo: tipo de câncer, cirurgias que poderão ser mutiladoras ou deixarão cicatrizes, dificuldades no tratamento, risco de morte nos procedimentos, nível sócio-cultural do paciente, entre tantos outros que poderiam ser citados.

Trindade *et al* (2007, p. 70), colocam que a informação do diagnóstico fortalece direitos e deveres na relação médico-paciente, promovendo segurança e garantindo ao paciente o direito de exercer sua autonomia. Estudos mostraram que a maioria dos pacientes, deseja saber a verdade sobre sua doença, podendo participar das escolhas do seu tratamento. Mas, o mesmo estudo aponta que alguns profissionais não têm o hábito de informar o

diagnóstico, principalmente a pacientes mais graves, fazendo-o somente em alguns casos, como, quando este pergunta diretamente sobre sua condição de saúde, quando tem condições emocionais de receber as informações reais de seu estado de saúde, quando a terapia proposta não esteja produzindo os efeitos desejados, ou quando outras decisões sobre o tratamento tenham que ser tomadas.

Relatar a verdade tem sido um importante instrumento terapêutico. Saber o nome e implicações da doença possibilita ao mesmo repensar, programar sua vida diante desta nova realidade atuando a partir de alternativas reais com autonomia e controle (MALTA, *et al*, 2009, p.35).

Fornecer esperanças é outro fato importante na comunicação do diagnóstico de câncer. É uma tarefa na maioria das vezes difícil, devido a certos prognósticos e tratamentos da patologia, mas tal situação é essencial para o enfrentamento da doença tanto pelo paciente como para seu familiar (OLIVEIRA, 2009, p. 56).

Conforme Silva, (2005, p. 478),

Os detalhes sobre o diagnóstico não devem ser dados em um momento único, mas em vários encontros e em pequenas doses, e repetidas quantas vezes for necessário. O que o paciente diz e pergunta nesta fase e como ele reage a cada parte da informação deveria determinar o quanto é dito.

Negar a informação a alguém responsável ou a um paciente consciente que queira receber informação sobre seu diagnóstico e prognóstico não é aceitável, mas tampouco, é adequado dar informação a uma pessoa que não deseja ser informado sobre os mesmos (TORRALBA, 2009, *apud* PINHEIRO, 2012, p. 75).

Os dilemas e conflitos enfrentados no momento da revelação de um diagnóstico tão drástico ao indivíduo e seus familiares, como o da doença oncológica, deve ser acompanhado por uma equipe multiprofissional, para que juntos todos os envolvidos possam estabelecer as melhores terapêuticas, e consequentemente alcançar os objetivos almejados.

3. A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS

A participação de uma equipe multidisciplinar no diagnóstico e prognóstico de doentes oncológicos é de fundamental importância. A discussão dos casos entre profissionais possibilita a soma de dados sobre o mesmo e define diretrizes para o tratamento, em contrapartida pacientes e familiares tornam-se acolhidos e receptivos ao diagnóstico, aderindo de forma mais assertiva ao tratamento proposto.

3.1 Os estigmas que envolvem a doença oncológica

O estigma do câncer na sociedade relaciona-se a sentimentos negativos quando não a expectativa de morte, sendo o câncer associado a uma doença maldita, traduzindo desta maneira conotações negativa se comparado a outras patologias (BARBOSA, FRANCISCO, 2007, p. 15).

Para Silva *et al* (2008, p.83) Dos sentimentos negativos relacionados ao câncer o maior é o medo. O paciente sente medo, ora dos tratamentos, ora da morte, pelo fato do câncer ser visto como uma doença devastadora, resultando em uma morte sofrida. Outros sentimentos relatados por pacientes são tristeza e depressão, e alguns pacientes ainda relatam sentir pena de si mesmo.

O câncer é visto como uma doença que leva fatalmente a morte, carregando o estigma de doença fatal, sempre acompanhada de angústia e temores que podem permanecer por todo o tratamento (BORGES *et al*, 2006, p. 363).

Já Porto, 2004, *apud*, Silva *et al* (2008, p.77), aponta que o desgaste físico vivido pelo paciente perante o diagnóstico de uma doença que o coloca de frente com a morte, submetendo-o a tratamentos terapêuticos invasivos, por vezes mutilantes, fazendo com que este indivíduo seja tomado por sentimentos de raiva, angústia, pena de si mesmo, além da sensação de ter perdido o controle de sua própria vida, podendo levar a tentativas de suicídio.

Segundo Régis e Simões (2005, p.83) o medo ainda é o principal destes estigmas, o câncer ainda está associado à morte, além disto, existe o medo de sofrimento, mutilações, de ficar dependente, não conseguindo realizar tarefas cotidianas.

Para outros pacientes, há a aceitação, vista como um alívio, pois a partir do diagnóstico de câncer poderão iniciar o tratamento o mais rápido possível (FERREIRA, 1993, *apud* RÉGIS;SIMÕES, 2005,p.84).

Ainda de acordo com as autoras supracitadas (2005, p. 84) outros reagem com negação, que pode ser encarado como defesa, manifestada pelo temor de enfrentar a doença, ou mesmo da morte. O maior estigma não é o de morrer, mas sim, o de morrer de câncer.

Como descrito acima, cada paciente reage de uma maneira específica, e essas reações dependem da sua história, do seu conhecimento a respeito da doença e do momento pelo qual está passando. Alguns querem começar logo os tratamentos propostos, outros já reagem com uma total negação, achando que vão morrer de qualquer maneira, e que os tratamentos serão um sofrimento sem um objetivo concreto.

3.2 Profissionais envolvidos

3.2.1 O psicólogo

No Brasil há uma dificuldade de reconhecer o papel do psicólogo e sua amplitude de intervenções no campo da saúde. Para uma parcela da população é totalmente desconhecida, ou possui um entendimento inadequado sobre o que é psicologia, a outra parte da população, por possuir um nível de esclarecimento mais elevado, a imagem do psicólogo está vinculada ao consultório, onde os serviços são acessíveis a uma pequena parte da população. Até mesmo para alguns profissionais de saúde é observado que, acham essencial o acompanhamento psicológico dos pacientes em tratamento de patologias crônicas, mas nem todos sabem explicar os objetivos ou descrever o trabalho deste profissional dentro de uma instituição de saúde (COSTA JÚNIOR, 2001, s.p.).

De acordo com Venâncio (2004, p. 56-57) a partir da confirmação de câncer, o paciente vê sua vida tomar um rumo diferente, ocasionando mudanças na sua vida como, trabalho, família, lazer e essas mudanças são provocadas mais por problemas psicológicos que físicos. Essa nova realidade faz com que pacientes e familiares assumam papéis que foram impostos pelo adoecimento, interrompendo planos e perspectivas futuras. E almejar o futuro passa a ser muito doloroso. Ansiedade e depressão são os problemas psicológicos mais frequentes entre os pacientes oncológicos.

A pessoa portadora de uma doença grave como o câncer, vê a morte e lhe atribui um sentido, que dependerá de sua história de vida, condição física, psicológica, social e cultural, como também da etapa em que se encontra seu processo de vida (BORGES *et al*, 2006. p. 367).

O psicólogo atua na área de psicologia oncológica, visando o bem estar psicológico do paciente, identificando e compreendendo os fatores emocionais que intervêm na sua saúde.

Alguns dos objetivos deste profissional são o de prevenir e reduzir sintomas físicos e emocionais causados pela doença oncológica e seus tratamentos, ajudando o paciente a compreender o significado de estar com câncer. E esses objetivos são alcançados à medida que o psicólogo vai compreendendo o que envolve a queixa do paciente. O trabalho deste profissional envolve todas as etapas do tratamento, preparando o paciente para enfrentar o diagnóstico, as dificuldades dos tratamentos e também para situações estressantes que surgirão (VENÂNCIO, 2004, p.58).

Receber o diagnóstico de câncer é uma ameaça da integridade física, da execução de projeto de vida, sonhos e possíveis realizações. As preocupações mais constantes na vida do paciente oncológico e que devem ser objeto de intervenção psicoterapêutico são: perda de controle sobre a vida, mudanças na auto-imagem, medo da dependência e abandono, estigmas, raiva, isolamento e morte. O medo da progressão e recidiva da doença também são muito comuns (TEIXEIRA; PIRES. 2010, p. 44).

É necessário mencionar que o psicólogo não trabalha só, mas sim com uma equipe de saúde, e a interação destes profissionais envolvidos no tratamento é fundamental para a conquista de um bom resultado, e para que a atuação do psicólogo seja satisfatória é preciso que a equipe de saúde passe todas as informações básicas sobre a doença, tratamentos e sintomas que podem surgir com estes tratamentos, tornando possível distinguir os sintomas orgânicos dos sintomas emocionais. O conhecimento de questões médicas básicas como, estágios da doença e prognóstico, contribui para que o psicólogo defina a abordagem que irá utilizar com cada paciente (VENÂNCIO, 2004, p. 59).

A mesma autora (2004, p. 60) relata que pacientes que tem um acompanhamento psicológico durante o tratamento de câncer obtêm uma melhora no estado geral de saúde, melhora a comunicação entre paciente, família e equipe; melhora a tolerância aos efeitos adversos da terapêutica oncológica e melhora a qualidade de vida destes pacientes. Como também, a participação do paciente se torna mais ativa e positiva, fazendo com que tenham maior adesão ao tratamento e diminuindo o abandono do mesmo, resultando num aumento de sobrevivência dos pacientes.

3.2.2 Nutricionista

Segundo Oliveira (2007, p. 151) As modalidades de tratamento para o câncer, que podem incluir cirurgias, quimioterapias, radioterapias ou a combinação destes, pode resultar em efeitos colaterais que afetam o estado nutricional, sendo primordial o acompanhamento com nutricionista.

Ainda de acordo com a autora supracitada (2007, p. 151) a terapia nutricional pode ser introduzida como tratamento adjuvante durante a terapia anti-câncer, ou a longo prazo, na administração de nutrientes a pacientes que não possam manter ingestão adequada. Com o objetivo de prevenir desnutrição, melhorar qualidade de vida, reduzir complicações e prevenir interrupções no tratamento, este profissional é responsável pela ingestão alimentar de nutrientes de acordo com as necessidades de cada paciente e para monitorização do peso.

Para os pacientes que estão em tratamento nutricional, deverá acontecer um monitoramento constante pelo nutricionista, que deverá ser consultado sempre que os resultados almejados não forem alcançados. A terapia nutricional é essencial para que o paciente possa se submeter ao tratamento clássico e deverá ser instituído quando houver alteração no estado nutricional do paciente, prevenindo perda de peso e desnutrição. Também deverá levar em consideração a individualidade de cada paciente, seu estado nutricional, restrições dietéticas, tolerância, função gastrointestinal, estado clínico e efeitos colaterais atuais e esperados devido ao tratamento oncológico (OLIVEIRA, 2007, p. 153).

3.2.3 Fisioterapeuta

Tão importante e necessária também é a atuação do fisioterapeuta no diagnóstico do paciente com câncer desempenhando um importante papel na prevenção, minimizaçãodos efeitos adversos ereabilitação de alguns pacientes (BERGMANN *et al*,2006, p. 97).

A seleção de técnicas para a terapia física deve respeitar sua utilidade e os resultados esperados. Implementar técnicas fisioterapêuticas com objetivos claros, gera segurança profissional e confiança do paciente. O benefício buscado é o alívio dos sintomas, dando oportunidade para a independência funcional do paciente, sempre que possível, ou somente sua reintegração à sociedade, desenvolvimento de atividades culturais, físicas ou recreativas. Devendo o fisioterapeuta valorizar pequenas realizações e dividi-las com os pacientes (MARCUCCI, 2005, p. 69).

A fisioterapia em oncologia é uma especialidade que tem como objetivo preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas, assim como prevenir os distúrbios causados pelo tratamento oncológico. (FARIA, 2010, p. 76).

A prevenção de complicações deve estar presente em todas as fases da doença oncológica, do diagnóstico aos cuidados paliativos, sendo que a fisioterapia precoce tem por principal objetivo prevenir complicações que poderão ocorrer caso não se tenha conhecimento do prognóstico. Já no pós-operatório imediato, a fisioterapia identifica alterações neurológicas

que poderão ocorrer durante a cirurgia, sintomas álgicos e alterações respiratórias, e durante o tratamento o objetivo é a recuperação funcional, melhorando a qualidade de vida dos pacientes (FARIA, 2010, p. 79).

3.2.4 Terapeuta ocupacional

Conforme Silva e Giuardinetto, (2012, p. 299) O papel do terapeuta ocupacional não é apenas contribuir para a saúde de indivíduos hospitalizados, levando em conta à doença ou a causa que o levou a instituição de saúde, mas também as repercussões psicológicas e sociais dessa situação.

Os objetivos dos serviços prestados pelos terapeutas ocupacionais em oncologia é o de prestar atendimento aos pacientes e familiares, desde o diagnóstico até o atendimento domiciliar, passando pelo processo ambulatorial e internação. E este atendimento é realizado através de atividades específicas, exercícios selecionados. Deverá sempre respeitar a individualidade dos pacientes, trabalhando todos os aspectos que influenciam a vida dos pacientes de forma significativa (SILVA; GIUARDINETTO, 2012, p.299).

3.3 A participação do enfermeiro na revelação do diagnóstico

Diante do impacto que o diagnóstico de câncer causa no paciente, o enfermeiro necessita além de seus conhecimentos científicos, proporcionar aporte emocional e psicológico a este indivíduo tão fragilizado. O enfermeiro pode confortar pacientes e familiares, esclarecendo o porquê dos procedimentos, possíveis reações ao tratamento, obtendo dos mesmos uma melhor cooperação e adesão à terapêutica proposta, além de proporcionar o elo entre paciente e demais membros da equipe, por estar mais tempo ao seu lado, e de seus familiares e cuidadores.

De acordo com silva (2005, p. 44-45) o enfermeiro por atuar em diversas áreas que atende o paciente, desde a revelação do diagnóstico até a alta, passando pela internação e tratamento, tem um papel fundamental junto à equipe multidisciplinar. Apesar de se envolverem pouco no processo de revelação do diagnóstico, os enfermeiros deparam-se com questões e expressões dos pacientes, e estes por sua vez esperam que suas ansiedades, dúvidas, medos sejam sanadas por este profissional, cabendo ao enfermeiro uma tomada de decisão quanto á informação a ser fornecida ao paciente, sempre atentando para o bem estar do mesmo.

Quando o enfermeiro não participar da revelação do diagnóstico, deve certificar-se da informação passada ao paciente, evitando assim, divergências de informações, o que causaria conflito entre a equipe de saúde, o paciente e seus cuidadores (SILVA, 2005, p. 49).

O cuidado em oncologia requer do enfermeiro conhecimento sobre fisiopatologia da doença; tratamentos, indicações e conseqüências, como também os prognósticos, planejamento de assistência de enfermagem, focando no auto cuidado, reabilitação e cuidados paliativos. Outras ações estão relacionadas com gestão de cuidado e serviços, educação, interação com demais profissionais da equipe, medidas legislativas e fatores de risco (BUETTO, 2009, p. 23-24).

A mesma autora relata que, a complexidade do processo dos tratamentos, requer atenção redobrada por parte da enfermagem, como na administração dos antineoplásicos, que possuem ações específicas para cada tipo de tumor e com possibilidades de reações adversas, tanto imediatas quanto tardia. Na radioterapia o acompanhamento do paciente é essencial devido às alterações cutâneas que poderão ocorrer durante a exposição aos raios ionizantes, e nestes casos, orientação quanto a automedicação e uso de cremes ou pomadas não recomendados. Orientações também não só aos pacientes, mas também aos familiares, sobre hormonioterapia; possíveis efeitos, alteração de humor, indisposição, dor. Já em cuidados paliativos, é primordial o papel do enfermeiro nos cuidados com analgesia, curativos de feridas neoplásicas, promovendo conforto e melhora da funcionalidade deste paciente (BUETTO, 2009, p. 26-27).

Segundo Menezes *et al*(2007, s.p) a enfermagem em oncologia lida com a realidade do dia a dia, adaptando condutas terapêuticas às situações ligadas às pessoas com câncer. É uma prática que utiliza tecnologia associada a um cuidado humanizado. Apesar de atuar em ambiente hospitalar, a atuação da enfermagem não se limita ao tratamento que tem por objetivo a cura, mas está voltada também para a pessoa, com ênfase na promoção do bem estar e saúde do paciente, resgatando as origens da profissão. E é nisto que consiste o desafio da enfermagem em oncologia.

A presença do enfermeiro no momento da revelação do diagnóstico de câncer, bem como a participação nos processos de tratamento contribui para que o paciente se sinta mais confortado, e possa esclarecer todos os questionamentos que não foram respondidos durante o momento da revelação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo descreveu sobre a participação de uma equipe multiprofissional na revelação do diagnóstico de câncer, por se tratar de uma doença grave e muitas vezes incurável. Esta revelação é permeada por estigmas, representações negativas na vida de pacientes e familiares.

No decorrer deste trabalho observou-se que os profissionais envolvidos na revelação do diagnóstico de câncer, enfrentam um dilema, o de revelar ou não o diagnóstico para o paciente, que muitas das vezes não querem ouvir, pois durante o descobrimento da patologia, ele se torna sensível e fragilizado, dificultando o entendimento acerca da doença, como as ações da equipe multiprofissional envolvida no processo de tratamento.

Assim, observou-se que a revelação fica sob a responsabilidade do médico, que na maioria das vezes, a faz em momentos não apropriados, em uma linguagem muito técnica, sem a presença de um familiar ou acompanhante, e também sem esclarecer as dúvidas do paciente e familiar, cabendo à enfermagem esclarecer e orientar sobre as etapas a serem enfrentadas no decorrer do processo terapêutico.

É notória a importância da enfermagem durante o transcorrer da patologia, iniciando-se na revelação da mesma, pois o paciente passa por fases e estágios, enfrentando estigmas e estereótipos a partir do diagnóstico até o esclarecimento das possibilidades de tratamento e até mesmo cura. Sendo o enfermeiro o principal mediador das dúvidas do paciente, principal fonte de informação e o elo entre família/paciente/equipe multiprofissional.

No decorrer deste estudo pode-se observar que a participação da equipe multiprofissional é fundamental para que o paciente tenha uma melhor compreensão e aceitação da sua nova condição, fazendo com que tenha uma maior adesão aos tratamentos propostos.

Por fim, cabe ressaltar que o câncer é uma patologia que apresenta muito medo para a sociedade, mas com o empenho das equipes de saúde, o impacto causado pela doença, pode ser amenizado com esclarecimentos, informações e humanização.

Este estudo não pretende encerrar as discussões sobre o tema, e sim incentivar que profissionais de saúde, bem como familiares de doentes oncológicos conheçam mais sobre a patologia. É notório que estudos desta natureza além de colaborar com o conhecimento da temática, possam levar mais informações, especialmente aos profissionais de enfermagem.

Espera-se, ainda, que sejam encontradas novas oportunidades para aprofundar o assunto, e que seja estimulado o desenvolvimento deste tema em pesquisas futuras, além disso, que as ideias contidas neste trabalho possam ser mais divulgadas e melhor compreendidas.

Referências

ANDRADE, Adir Fátima da; GUTIÉRREZ, Maria GabyRivero de; FONSECA Selma Montosada. Câncer. In: BRÊTAS, Ana Cristina Passarela; GAMBÁ, Mônica Antar (orgs.). *Enfermagem e Saúde do Adulto*. Barueri: Manole, 2006.

BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes; FRANCISCO, Ana Lúcia. A Subjetividade do Câncer na Cultura: Implicações na Clínica Contemporânea. *SBPH*, Rio de Janeiro, V.10, n.1, p.15-16, Junho. 2007.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer, *ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer*, Rio de Janeiro, INCA, 2011.

BÉRGAMO, Wandercy. O Direito à Verdade ao Doente, *Revista Brasileira de Bioética*, Universidade de São Paulo USP, Ribeirão Preto, ano 1, vol. 1, p. 77-78, 2005.

BERGMANN, Anke, *et al.* Fisioterapia em Mastologia Oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), p. 97-109, 2006.

BORGES, Alini Daniéli Viana Sabino, *et al.* Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.11, n.2, p. 361-369, maio/agosto. 2006.

BUETTO, Luciana Scatralhe. *Os significados de ser enfermeiro em oncologia*. Ribeirão Preto: USP, 2009. 140f. Dissertação (mestrado enfermagem fundamental)-Programa de pós-graduação – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

CAVALCANTI, Desiree R. Comunicação do Diagnóstico de Doença Grave (câncer) ao Paciente: Quem? Quando? Por Que? *Pan-american Family MedicineClinics*, vol.1, s.p., 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM Nº 1931/2009, Relação com Pacientes e Familiares*. Publicada no D.O.U. de 24 de Setembro de 2009, Seção I, P.90.(Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p. 173). Art. 34, Capítulo V.

COOPER, Geoffrey M, HAUSMAN, Robert E. *A Célula: Uma Abordagem Molecular*. Trad. Maria Regina Borges-Osório. 3. Ed.- Porto Alegre: Artmed, 2007.

COSTA JÚNIOR, Áderson L. o Desenvolvimento da psico-oncologia: Implicações para a pesquisa e intervenção profissional de saúde. *Psicol. Ciênc. Prof.* Brasília, v. 21, n.2, junho 2001. Acesso em 19 de Agosto de 2014.
<http://dx.doi.org/101590/S1414-98932001000200005>

DOENGES, Marilym E; MOORHOUSE, Mary Frances; GEISLER, Alice C. Planos e Cuidados de Enfermagem: Orientações para o Cuidado Individualizado do Paciente. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

FARIA, Lina. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl.1, p.69-87, Jul. 2010.

LAHAM, Cláudia Fernandes; CHIBA, Toshio. *Terminalidade: Ética, Dignidade e Respeito* In: QUAYLE, Julieta; LUCIA, Mara Cristina Souza de. *Adoecer: as interações do doente com sua doença*. São Paulo, 2003. Editora Atheneu.

MALTA, Júlia Dias Santana; SCHALL, Virgínia Torre; MODENA, Celina Maria. O Momento do Diagnóstico e as Dificuldades Encontradas pelos Oncologistas Pediátricos no Tratamento do Câncer em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Cancerologia*, p. 33-39, 2009, 55(1).

MARCUCCI, Fernando César Iwamoto. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a paciente com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Paraná, p. 67-77, 2005, 51(1).

MENEZES, Maria de Fátima Batalha, *et al.* Câncer, Pobreza e Desenvolvimento Humano: Desafios para a Assistência de Enfermagem em Oncologia. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 15(número especial), Setembro-Dezembro, 2007.

OLIVEIRA, Luiza Todeschini Pereira. *A Comunicação de uma Má Notícia: O Diagnóstico de Câncer de Mama na Perspectiva de Pacientes e Familiares*. Uberlândia: UFU, 2009. 283f. Dissertação (mestrado em psicologia aplicada)- Programa de pós-graduação em psicologia. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

OLIVEIRA, Tatiana. A importância do acompanhamento nutricional para pacientes com câncer. *Prática Hospitalar*, ano IX, n.51, Mai-Jun/2007.

PAULA, Carlos Inácio. *A Relação Médico – Paciente na Oncologia* In: GONZALES, Rita Francis; BRANCO, Rodrigues. *A Relação com o Paciente: Teoria, Ensino e Prática*. Rio de Janeiro, 2003. Editora Guanabara Koogan.

PINHEIRO, Ursula Maria Stockmann. *Más Noticias em Oncologia: O caminho da comunicação na perspectiva de médicos e enfermeiros*. RS: UFSM, 2012. 115p. Dissertação (mestrado) - programa de Pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Centro de ciências da saúde, Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: [HTTP://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertação%20Ursula%20Pinheiro.pdf](http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertação%20Ursula%20Pinheiro.pdf) Acesso em 30/08/2013.

RÉGIS, Malena de Fátima; SIMÕES, Mara Faria Simões – Diagnóstico de Câncer de Mama, Sentimentos, Comportamentos e Expectativas de Mulheres. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 01, p. 81-86, 2005. Disponível em www.fen.ufg.br/revista.htm. Acesso em: 12/09/2013.

SILVA, A.C.C; GIUARDINETTO, A.R.S.B. Políticas públicas em oncologia: refletindo sobre a atuação da terapia ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v.23, n.3, p.297-308, Set-Dez. 2012.

SILVA, Lúcia Cecília da. *O sentido do cuidado na vivência da pessoa com câncer: uma compreensão fenomenológica*. Ribeirão Preto: USP, 2006. 167f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, Shirley de Souza; Aquino, Thiago Antonio Avellar de; SANTOS, Roberta Montenegro dos. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. Vol.4 número 2, 2008.

SILVA, Valéria Costa Evangelista da. *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. Ribeirão Preto: USP, 2005. 218f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: [HTTP://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-112949/](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-112949/) Acesso em: 14/09/2013.

SIMONE, Joseph. V. Introdução Oncológica. In: DRALEN, Jeffrey Metal (Org). *Tratado de Medicina Interna*. Trad. Patricia Lydie Voeux; revisão Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

TEIXEIRA, Elizabeth Batista; PIRES, Eliana Ferrante. Psico-Oncologia: Proposta de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes com câncer. *Revista Saúde*, UNG, 4(1), p. 40-52, 2010. Disponível em: [HTTP://revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewFile/265/626](http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewFile/265/626) acesso 12/11/2014.

TRINDADE, Etelvino de Souza. *etal.* O Médico frente ao Diagnóstico e Prognóstico do Câncer Avançado. Ver. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v.53, n1, fev. 2007. Acesso e 07/04/2014.

VENÂNCIO, Juliana Lima. Importância da atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, p. 55-63, 2004, 50(1).