

CURSO DE ENFERMAGEM

Márcia Ritze1 dos Santos

DIAGNÓSTICO DO CÂNCER: REFLETINDO SOBRE AS MUDANÇAS
PSICOSSOCIAIS

Santa Cruz do Sul

2018

Márcia Ritzel dos Santos

DIAGNÓSTICO DO CÂNCER: REFLETINDO SOBRE AS MUDANÇAS
PSICOSSOCIAIS

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito para obtenção
do título de bacharel em Enfermagem na
Universidade de Santa Cruz do Sul
(UNISC)

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Enf. Aline
Fernanda Fischborn

Santa Cruz do Sul

2018

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL-UNISC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug e Prof. Dra. Ana Zoé Schilling

FOLHA DE APROVAÇÃO

Santa Cruz do Sul, junho de 2018

DIAGNÓSTICO DO CÂNCER: REFLETINDO SOBRE AS MUDANÇAS
PSICOSSOCIAIS

Márcia Ritzel dos Santos

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Enf. Aline Fernanda Fischborn

Prof.^a Dra. Enf. Ana Zoé Schilling

Prof.^a M.^a Enf. Janine Koepf

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

Entende-se que o câncer é uma das doenças que mais mata a nível mundial, tornando a doença ainda mais temida e indesejada. A doença traz consigo uma série de mudanças que vão além do físico, afetam a vida social, financeira, emocional, espiritual e religiosa, abalando drasticamente suas vidas e daqueles que os rodeiam, trazendo extrema dor e sofrimento. Os objetivos desse estudo foram analisar as mudanças psicossociais que ocorrem após o diagnóstico do câncer e como se dá o enfrentamento da doença. Para fundamentar esse estudo foram abordados temas relacionados ao adoecimento pelo câncer, as mudanças ocorridas após o diagnóstico oncológico, a atuação do enfermeiro no manejo da dor, os cuidados paliativos, as terapias alternativas e a espiritualidade como forma de enfrentamento da doença. Para a realização do estudo foi utilizado uma abordagem qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas com sete pacientes com diagnóstico de câncer. A partir desse estudo foi possível compreender as modificações que o diagnóstico do câncer acarreta na vida dos pacientes e o quanto é sofrida e dolorosa a luta contra a doença, bem como a importância das redes de apoio e a espiritualidade como mecanismos de enfrentamento da mesma. Ficou evidenciado o importante papel que o enfermeiro desempenha no cuidado e tratamento durante o processo da doença e busca pela cura.

Palavras-chave: Modificações psicossociais, Espiritualidade, Redes de apoio, Câncer

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Perfil dos sujeitos da pesquisa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CP	Cuidados Paliativos
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
HTLV-1	Vírus Linfotrópico Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
MALT	<i>Mucosa Associated Hmphoid Tissue</i> (tecido linfoide associado a mucosa)
MT	Medicina Tradicional
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
QT	Quimioterapia Antineoplásica
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RHC	Registros Hospitalares de Câncer
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
RT	Radioterapia
SIM	Sistemas de Informação sobre Mortalidade
TC	Terapias Complementares Alternativas
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
2.1	Câncer.....	11
2.1.1	História do câncer.....	11
2.1.2.	Entendendo o câncer	12
2.1.3.	Agentes carcinógenos	12
2.1.4	Sintomas do câncer.....	13
2.1.5	Tratamento.....	13
2.1.5.1	Cirurgia oncológica	13
2.1.5.2	Quimioterapia antineoplásica (QT)	14
2.1.5.3	Radioterapia (RT)	14
2.1.5.4	Modificadores da resposta biológica.....	15
2.2	Mudanças psicossociais	15
2.2.1	Mudanças financeiras	166
2.2.2	Mudanças emocionais	177
2.2.3	Mudanças sociais	177
2.2.4	Mudanças religiosas e espirituais	188
2.2.5	Mudanças corporais	19
2.3	A atuação do enfermeiro no manejo da dor e no tratamento do câncer....	19
2.3.1	O papel do enfermeiro no manejo da dor oncológica	19
2.3.2.	Cuidados paliativos	20
2.3.3	Terapias complementares alternativas	21
2.3.4	Como a espiritualidade e a religiosidade contribuem no enfrentamento do câncer.....	22
3	METODOLOGIA.....	24
3.1	Tipo de pesquisa	24
3.2	Local da pesquisa.....	24
3.3	Sujeito da pesquisa	24
3.4	Coleta da pesquisa	25
3.5	Análise da pesquisa.....	26

4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	28
4.1	O sofrimento e a incerteza do futuro frente ao impacto do diagnóstico do câncer.....	29
4.2	As modificações psicossociais	30
4.3	A importância das redes de apoio como suporte físico e mental.....	32
4.4	A espiritualidade como mecanismo de enfrentamento contra o câncer	34
4.5	Como é visto pelo paciente o papel do enfermeiro no alívio da dor e do sofrimento.....	35
4.6	O câncer como uma lição de vida	36
	CONCLUSÃO.....	39
	REFERÊNCIAS	41
	ANEXOS	44
	APÊNDICE A	44
	APÊNDICE B.....	47
	APÊNDICE C	48
	APÊNDICE D	49

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer é a principal causa de morte a nível mundial, ultrapassando até mesmo as doenças cardiovasculares. As perspectivas para os próximos vinte anos são de que esse número só aumente, tornando-se um grave problema de saúde pública (INCA, 2018).

No Brasil, os planejamentos das ações de prevenção, controle do câncer e desenvolvimento de pesquisas são baseadas nos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), (que fornecem informações sobre o impacto do câncer nas comunidades), sobre os Registros Hospitalares de Câncer (RH) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que fazem parte do Departamento de Informática do Sistema Único de saúde (DATASUS).

Ocorrerão no Brasil, no biênio 2018/2019, cerca de 600 mil novos casos de câncer para cada ano, sendo os cânceres de próstata e mama os mais frequentes. As regiões Sul e Sudeste concentrarão cerca de 70% da ocorrência de novos casos, com predomínio na Região Sul dos cânceres de próstata e mama, bem como os de pulmão e intestino. Torna-se fundamental, assim, o monitoramento para que sejam estabelecidas ações de prevenção, controle da doença e de seus fatores de risco (INCA, 2018).

O câncer tornou-se a doença mais temida, indesejada e que causa mais sofrimento, segundo relatos de pacientes que estão vivendo a doença ou daqueles que já passaram por ela (WATERKEMPER, SCHIMIDT, 2010). A enfermidade traz consigo o tema da morte, do sofrimento causado pelos tratamentos e procedimentos e muitas vezes mutilações como consequência destes, gerando extremo sofrimento ao paciente e seus familiares (CARVALHO, 2008).

O câncer causa problemas que vão além do físico, como questões de ordem emocional, social, financeira, espiritual e religiosa, abalando as estruturas familiares, suas crenças e valores, gerando conflitos e invertendo papéis sociais no trabalho e nos relacionamentos. A família adoce junto com o paciente, o que torna necessário o tratamento de todos seus integrantes (MACIEIRA, PALMA, 2011).

O planejamento, contudo, deve atender às necessidades de cada indivíduo, indo além da doença em si e levando em conta as questões afetivas, emocionais, sociais e coletivas. Desta maneira, se poderia proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente nesse período de enfrentamento da doença, garantindo um tratamento mais digno e humanizado (WATERKEMPER, 2010).

Nesse cenário, o enfermeiro desenvolveria um papel importante nessa trajetória, pois a ele cabe o planejamento da assistência de forma multidisciplinar e multiprofissional (SILVA, CRUZ, 2011).

Percebeu-se, diante do alarmante crescimento dos casos da doença e de suas implicações práticas complexas e de difícil enfrentamento (principalmente por afetar diversas faixas etárias), a necessidade de aprofundar esse tema para proporcionar ao paciente oncológico um tratamento de qualidade pela equipe de enfermagem.

Diante disso, torna-se importante avaliar as mudanças psicossociais que ocorrem no paciente frente ao diagnóstico do câncer, bem como investigar como elas interferem no tratamento e enfrentamento da doença, avaliando os métodos utilizados para esse enfrentamento. A compreensão das situações e fatores que possam interferir no tratamento e o impacto que a doença causa no paciente tornam-se fundamentais para que possam ser traçados planos de intervenção e cuidados individuais.

Assim, esse estudo teve como objetivo geral: Analisar as mudanças psicossociais que ocorrem no paciente com câncer e como se dá o enfrentamento da doença após o diagnóstico do câncer e como objetivos específicos: avaliar como a espiritualidade/religiosidade contribui no enfrentamento do câncer, refletir qual é a visão do paciente diante do diagnóstico oncológico, sobre as alterações que ocorrem nas dimensões sociais, analisar a maneira que o enfermeiro é visto pelo paciente no manejo de sua dor e sofrimento.

Acredita-se que esse estudo possa provocar reflexões e mudanças no cenário atual junto aos profissionais de saúde que realizam o cuidado em pacientes oncológicos, tendo como finalidade a qualificação do atendimento, tornando-o mais individualizado, digno e humano. Para tanto foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória, no mês de junho de 2018, em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Câncer

2.1.1 História do câncer

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), citado por Malzyner e Caponero (2013), em seus estudos, o câncer é uma doença muito antiga, estudada primeiramente por Hipócrates em (460-370 a.C.). Foi o grego Cláudio Galeno (130-200 d.C.), após observações, que criou o termo *oncos* (inchaço), dando origem a palavra *oncology* (oncologia) usada até os dias atuais. No século 19 tornou-se possível a retirada de tumores após uma melhora na qualidade da higiene e do uso da anestesia, tornando-se o principal tratamento da doença. Foi no final desse século, graças ao casal Marie e Pierre Curie, que foi descoberta a radiação, surgindo a radioterapia, que logo consolidou-se como um dos tratamentos essenciais na luta contra a doença. No século 20 surgiram novos e promissores métodos de tratamentos, como as terapias hormonais e a quimioterapia.

Nos dias atuais, através das pesquisas e estudos, observa-se o aperfeiçoamento de técnicas e tratamentos individuais que condizem com as reais necessidades de cada paciente (MALZYNER, CAPONERO, 2013).

Em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), após o governo assumir a assistência à saúde na cidade do Rio de Janeiro (RJ), em uma época em que o câncer e outras doenças tomavam conta da população da cidade. Em 1923 esse departamento passou a se chamar Departamento Nacional de Saúde (DNS). Posteriormente, a chamada reforma Carlos Chagas, iniciada em 1921, passou a tratar a doença e prever a elaboração de estatísticas relativas ao câncer.

Por sua vez, o INCA começou a ser gestado em 1938 com a criação do Centro de Cancerologia do Distrito Federal no Rio de Janeiro (MALZYNER, CAPONERO, 2013).

Durante o século 20, foram criadas muitas instituições, clínicas, hospitais e associações, espalhadas por todo território nacional, que promoviam e ainda promovem tratamento e apoio às vítimas e seus familiares na luta contra o câncer, o que chamamos de Redes de Apoio (MALZYNER, CAPONERO, 2013).

2.1.2. Entendendo o câncer

Segundo a *American Cancer Society*, citada por Malzyner e Caponero (2013), o câncer é uma doença multifatorial, não sendo atribuída a uma única causa, devendo-se levar em conta que os fatores emocionais podem influenciar o curso de qualquer doença, desde um simples resfriado até uma neoplasia.

O câncer ou neoplasia (nessa expressão compreendidos *neo*, novo, e *plasia*, formação), é o crescimento anormal e excessivo, sem controle, que se dá com ou sem estímulos em uma célula normal, podendo ocorrer em qualquer órgão ou tecido. O câncer é considerado a denominação de um grande grupo de doenças diferentes entre si, visto que qualquer célula pode gerar um câncer e que somos formados por milhões de células diferentes, podendo gerar, assim, diversos tipos de neoplasias. Estas compreendem quadro clínico, prognóstico e tratamento diferenciados (MALZYNER, CAPONERO, 2013).

Tumor ou tumoração é o aumento de volume. Já a ulceração é o contrário, a perda de tecido (buraco). Pode ser benigna ou maligna (MALZYNER, CAPONERO, 2013).

O processo do desenvolvimento do câncer se dá em três fases distintas, que são a Iniciação, a Promoção e Progressão, fases onde as células se tornam diferentes do original, ocorrendo o aumento da vascularização, através da angiogênese, trazendo como consequência o aumento da massa tumoral, do ritmo de crescimento e sua invasidade (metástase) (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2016).

2.1.3. Agentes carcinógenos

Segundo Rodrigues e Oliveira (2016), o ser humano está constantemente em contato com agentes (chamados de agentes carcinógenos) que podem induzir o aparecimento do câncer. Estes agentes podem ser físicos, como as radiações ionizantes, que estão associadas ao desenvolvimento das leucemias e dos mielomas múltiplos, das radiações ultravioletas, associadas aos cânceres cutâneos.

Além disso, podem ser químicos, como o cigarro, asbesto (amianto), benzeno, álcool, nitritos (usado como conservantes em enlatados e defumados), Aftatoxinas (produzidas por fungos, podendo estar presentes nos amendoins, nozes e outras sementes oleosas, bem como no milho e sementes de algodão), agrotóxicos, hormônios e agentes citotóxicos (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2016).

Por fim, podem ser biológicos, como o vírus Esptein-Barr (herpesvírus), presente em 90% da população adulta, causador da Mononucleose Infecciosa e associada ao linfoma de Burkitt, ao vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), associados aos linfomas não Hodgkin e Sarcoma, ao vírus da Hepatite B (HBV) e hepatite C (HCV), associadas ao carcinoma hepatocelular, ao vírus Linfotrópico Humano (HTLV-1), retrovírus que infecta os linfócitos T, transmitido pela amamentação, relação sexual e transfusões, associado a leucemia de célula T, a *Helicobacter pylori*, bactéria relacionada à carcinoma gástrico e linfoma de tecido linfoide associado à mucosa (MALT), ao Papiloma Vírus Humano (HPV), associado aos cânceres ginecológicos, de pênis e garganta (RODRIGUES, OLIVEIRA,2016).

Além desses agentes carcinógenos, a predisposição hereditária pode influenciar no aparecimento do câncer (RODRIGUES, OLIVEIRA,2016).

2.1.4 Sintomas do câncer

Muitos sintomas podem ser indícios de um câncer, mas não se pode presumir um diagnóstico baseado apenas nesses sintomas, sendo necessária uma investigação minuciosa levando em conta as manifestações clínicas dos sintomas.

Existem sinais mais frequentes, levando à suspeita da existência de uma neoplasia, sendo eles: a presença de massas tumorais ou nódulos; a rouquidão persistente mais de 15 dias; dor ou dificuldade na deglutição; a presença de aftas na boca, que demoram mais de uma semana para cicatrizarem; a mudanças nos hábitos intestinais; a perda excessiva de peso, em curto espaço de tempo; manchas na pele; e sangramentos anormais (nas fezes, vômitos, anal, ginecológico) (MALZYNER, CAPONERO, 2013).

É evitando os riscos (prevenção primária), fazendo um diagnóstico precoce (prevenção secundária), que se aumenta muito a chance de cura das maiorias das neoplasias. Essa cura existe, até mesmo para aqueles que tiveram que se submeter a cirurgia associada ou não a outro tratamento, que podem ficar um tempo sem manifestação da doença, mas sendo suas chances de recidiva as mesmas daqueles que nunca tiveram nenhuma neoplasia (MALZYNER, CAPONERO, 2013).

2.1.5 Tratamento

2.1.5.1 Cirurgia oncológica

A cirurgia oncológica é um dos principais tratamentos usados na luta contra o câncer e se dá na retirada de todo tecido neoplásico, com margem de segurança adequada, tendo também o papel de retirar tecido para posterior análise e verificar o estadiamento (MALZYNER, CAPONERO, 2013).

Há desvantagens na cirurgia, como a retirada excessiva de tecidos necessária para a extirpação de todo material alterado, podendo causar mutilação, por vezes de grande porte. Para a cirurgia o paciente deve apresentar condições clínicas favoráveis, sempre de acordo com o tipo de intervenção a ser realizada (MALZYNER, CAPONERO, 2013).

2.1.5.2 Quimioterapia antineoplásica (QT)

Na quimioterapia antineoplásica são administradas substâncias químicas que tratam as neoplasias malignas e outras doenças. Estes compostos atuam de forma inespecífica, atingindo a célula cancerígena e também as células normais, motivo de grande preocupação no desenvolvimento de fármacos mais seletivos, que atinjam somente as células tumorais (RODRIGUES, OLIVEIRA,2016).

A quimioterapia pode ser aplicada de forma isolada ou combinada (poliquimioterapia), geralmente em ciclos, podendo ser antes do tratamento curativo (a quimioterapia neoadjuvante, que pode reduzir a radicalidade no procedimento cirúrgico) ou ser administrada após o tratamento principal (a quimioterapia adjuvante, que pode aumentar as chances de cura). Pode ser considerada curativa ou paliativa (RODRIGUES, OLIVEIRA,2016).

Deve ser administrada por pessoal treinado, obedecendo a todas as normas de segurança, como o uso de equipamento de proteção ao manusear os fármacos, na limpeza e desinfecção das áreas de preparo, com produtos regularizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (RODRIGUES, OLIVEIRA,2016).

Deve-se estar atento para os efeitos colaterais que possam acontecer durante e após a administração da QT, necessitando de intervenções e cuidados de enfermagem (RODRIGUES, OLIVEIRA,2016).

2.1.5.3 Radioterapia (RT)

Terapêutica usada há mais de 100 anos, a radioterapia pode ser radical e curativa, podendo ser associada a outros tratamentos. Usa-se a radiação ionizante nas áreas afetadas pelas células tumorais (RODRIGUES, OLIVEIRA,2016).

Dependendo do tipo de tumor, o tratamento pode ser mais eficaz. Os linfomas são altamente radiosensíveis e podem ser erradicados com doses baixas de radiação, enquanto que outros, como os melanomas e sarcomas, são radiorresistentes, necessitando de doses muito mais elevadas para sua erradicação (RODRIGUES, OLIVEIRA,2016).

Os pacientes podem apresentar efeitos colaterais da radioterapia, sendo um dos mais frequentes a radiodermite, uma alteração na camada basal da derme e epiderme. A longo prazo podem apresentar como sequelas a fibrose do tecido irradiado e a limitação da função desses segmentos. A monitorização, a prevenção e a intervenção precoces são fundamentais no tratamento radioterápico (RODRIGUES, OLIVEIRA,2016).

Pode ser administrada de forma direta ao tumor por fontes naturais de radiação, colocadas no interior do tumor ou muito próximos a ele, permanecendo por um longo tempo (braquiterapia), ou a distância por meio da tecnologia, através de imagens obtidas pelos exames de tomografias (teleterapia), promovendo mais precisão nas aplicações da radioterapia (MALZYNER, CAPONERO, 2013).

2.1.5.4 Modificadores da resposta biológica

São drogas usadas no sistema autoimune que ajudam no combate do câncer. Estão inclusos no grupo de terapia biológica ou bioterapia, como os interferons, as interleucinas, os fatores de necrose tumoral, os anticorpos monoclonais e as vacinas (RODRIGUES, OLIVEIRA,2016).

2.2 Mudanças psicossociais

As mudanças psicossociais implicam na reestruturação das expectativas de todos os envolvidos, trazendo mudanças na vida diária. O medo da dor, da mutilação do corpo e a incerteza do futuro acabam gerando um grande desequilíbrio psicológico, e o paciente passa a se perguntar: “e agora? ”. Questionamentos ligados a vida, a doença e a morte, passam a povoar sua mente. Conforme a doença evolui, tornam-se mais intensos e dolorosos esses pensamentos, gerando grandes modificações de ordem psicossocial, que se somam às demais fragilidades já postas perante o diagnóstico (SETTE, GRADVOHL, 2014).

Ao compreender as situações e os fatores que podem interferir no tratamento e o impacto que o diagnóstico do câncer exerce no paciente e na sua família, o enfermeiro tem melhores condições de planejar o cuidado individual, de acordo com a real necessidade de cada paciente.

Esse cuidado deve ir além da doença em si, levando-se em conta as questões emocionais, afetivas, sociais, financeiras, religiosas e espirituais, individuais e coletivas, pertencentes ao universo desse paciente (SILVA, CRUZ, 2011).

O câncer traz uma modificação na vida do paciente, interferindo em seus planos de vida e de sua família, em seu trabalho, na sua imagem corporal, em seu estilo de vida e nas questões financeiras. Traz sofrimento ao paciente, podendo ser físico ou emocional (SILVA, CARVALHO, 2008).

Essas mudanças podem ser temporárias ou permanentes, e para muitos é uma sentença de morte, mesmo que exista a possibilidade de cura. A enfermagem acaba vivenciando o processo da doença, do início ao seu término, atuando junto ao paciente e sua família em conjunto, necessitando ambos de cuidados diferenciados (SILVA, CRUZ, 2011).

O fato de não ter muitas vezes cura para a doença não deve ser motivo para o afastamento da equipe de saúde e perda do vínculo entre ela e o paciente. Pelo contrário: é importantíssimo manter o apoio para fortalecimento dessa relação. Muito se pode fazer por esse paciente, como a aplicação de cuidados paliativos e terapias alternativas, trazendo alívio do sofrimento e conforto, fazendo com que se mantenha a confiança do paciente e que esse não se sinta abandonado em nenhum momento na evolução de sua doença (SANTOS, 2011).

O atendimento ao paciente com câncer não se resume a prescrição dos cuidados, envolve sua vida e de seus familiares, sua história desde o diagnóstico, tratamento, remissão, reabilitação, reinserção na sociedade, possibilidade de recidiva da doença e fase terminal (SILVA, CRUZ, 2011).

2.2.1 Mudanças financeiras

Podem ocorrer sérios abalos na estrutura financeira e econômica da família do paciente oncológico, podendo ficar ainda mais comprometida se o principal responsável pelo sustento é o paciente. Com o paciente não podendo realizar suas tarefas, ficam a família e os amigos com a obrigação de prover esse sustento. Observa-se que quanto menor poder aquisitivo tenha esse paciente, mais vulnerável ele se torna, enfrentando grandes dificuldades até em suas necessidades mais básicas. Outro fato, não menos importante, é o crescente número de mulheres que chefiam suas famílias, assumindo seu sustento e enfrentando piores condições de trabalho, carga horária maior e menores salários. Essas situações podem fazer com que o diagnóstico seja feito tardiamente, gerando um agravamento da doença e diminuição das chances de cura (SILVA, CARVALHO, 2008).

2.2.2 Mudanças emocionais

A integridade da família é ameaçada, pois todos os membros são afetados pelo diagnóstico. A família desempenha o papel de alicerce e de cuidadora, e, como tal, necessita de apoio emocional, social, e por muitas vezes financeiro. São consideradas paciente em segundo escalão, pois adoecem junto. Importantes no processo da doença e na busca pela cura, as principais queixas da família é a sobrecarga de trabalho, o abandono de suas necessidades pessoais e piora de sua qualidade de vida bem como do aumento das responsabilidades e gastos financeiros (MAIA, 2016).

2.2.3 Mudanças sociais

Os pacientes com câncer num primeiro momento lutam para manter sua rotina de vida. Continuam a frequentar os mesmos lugares, a trabalhar e a estudar. Conforme a doença evolui, muitos necessitam de tratamentos mais invasivos, como a quimioterapia, o que pode trazer problemas de todas as ordens. O convívio social também é alterado, já que não se sentem mais à vontade, pois os tratamentos podem provocar alterações físicas, como perda de cabelo e mutilações, e a maioria se fecha para a sociedade. Novos vínculos surgem, laços se estreitam durante as constantes idas ao hospital, histórias semelhantes são compartilhadas durante o tempo que recebem a quimioterapia, grupos se formam, tornando-se estruturas de apoio, paciência e generosidade. Todavia, muitos, mesmo após o tratamento e melhora do quadro, não conseguem retomar suas vidas, eis que o medo e a insegurança da recidiva da doença os impede de levar adiante antigos planos e planejar o futuro (SALCI, MARCON, 2011).

Os pacientes em tratamento não conseguem realizar suas tarefas diárias como antes, e para isso precisam contar com a ajuda de familiares, que, por vezes, mesmo sem condições financeiras, tem que contratar alguém para prestar este auxílio (SILVA, CARVALHO, 2008).

A maioria tenta mudar, após o diagnóstico, seu estilo de vida, procurando levar uma vida mais saudável, alimentando-se melhor, parando com vícios como o fumo e o álcool, tentando assim, manter uma melhor qualidade de vida (SETH, GRADVOHL, 2014).

Sentimentos como raiva, medo, dúvidas, fazem com que alguns pacientes se isolem do convívio de seus familiares e amigos, pois eles passam a sentir-se um peso, sentimento esse gerado pelo pensamento de que eram produtivos e independentes, provedores de suas famílias, e agora não são mais. Pensam que agindo assim diminuirá o sofrimento de todos ao seu redor. Outro fato que temos a considerar é que muitas famílias já sofreram perdas pela mesma doença,

o que acaba sendo um agravante, aumentando o estresse e o sofrimento, pelas lembranças e comparações da doença (SANTOS, 2011).

2.2.4. Mudanças religiosas e espirituais

Apesar desses dois termos andarem juntos, possuem um significado diferente. A espiritualidade está ligada aos sentimentos íntimos, ao bem-estar próprio e dos outros, remetendo à conexão com a vida e o universo. É o que dá sentido à vida, independente da religião praticada, ajudando a suportar os momentos difíceis e as culpas que acabam por enfraquecer e debilitar ainda mais o paciente. A religiosidade, por outro lado, se dá com grupos, sistemas, organizações, normas e práticas envolvendo um sistema de cultos e doutrinas, com características comportamentais, sociais e valores específicos (SAMPAIO, SIQUEIRA, 2016).

O câncer, apesar de seus novos e inúmeros tratamentos, continua a ser considerado uma doença incurável e relacionada com a proximidade da morte. Após o diagnóstico do câncer, os pacientes passam a sentir desesperança e muito sofrimento, buscando na espiritualidade algum sentido. Isso pode ser tanto positivo como negativo (GUERREIRO *et al.*, 2011).

O ser humano tem necessidade de controle de sua vida e com o paciente oncológico isso não é diferente. Esse controle faz com que se lide melhor com os novos acontecimentos que a doença traz, promovendo mais tranquilidade e conforto. Por outro lado, quando não se tem o controle, acaba sendo gerado um aumento da preocupação e da ansiedade (FORNAZARI, SILVEIRA, 2010).

Os questionamentos sobre espiritualidade têm aumentado nos últimos anos; a busca por sentido na vida tem aproximado os homens de Deus e da fé, tornando a espiritualidade uma forte aliada no enfrentamento de doenças, especialmente, as terminais como o câncer. Uma das formas de enfrentamento da doença e da morte está diretamente ligada à força da espiritualidade e da religião. (SAMPAIO, SIQUEIRA, 2016, p.154)

A incerteza do futuro é um complicador para esses pacientes, e a crença em algo superior, que está no comando, acaba tornando-se um forte aliada, contribuindo para a redução do estresse, da ansiedade e da dor. Torna-se importante estratégia no enfrentamento da doença. Nesse contexto, é fundamental respeitar as crenças, os valores, a religiosidade e espiritualidade, gerando um aumento da confiança e vínculo do paciente e da equipe de saúde (SILVA *et al.*, 2016).

2.2.5 Mudanças corporais

O câncer, como falado anteriormente, traz dor e sofrimento ao paciente, principalmente quando se trata da imagem corporal. Tratamentos e procedimentos podem resultar em mutilações, piorando assim o quadro de dor física e psicológica. A doença traz consigo o medo e a incerteza no futuro, e o medo da morte (SETTE, GRADVOHL, 2014).

Após o diagnóstico do câncer, começa um período onde podem ocorrer muitas mudanças, sendo as mais significativas (principalmente para as mulheres) a alopecia e a mutilação da mama, pois representam a feminilidade e a beleza de uma mulher (SALCI, MARCON, 2011).

2.3 A atuação do enfermeiro no manejo da dor e no tratamento do câncer

2.3.1 O papel do enfermeiro no manejo da dor oncológica

O câncer encontra-se em 2º lugar na lista de causa de mortes no Brasil, e tornou-se a doença mais temida, indesejada e que causa mais sofrimento, isto segundo relatos de pacientes que estão vivendo a doença, ou daqueles que já passaram por ela (WATERKEMPER, 2010).

Um dos sintomas mais citados pelos pacientes é a dor, e dependendo do estágio em que a doença se encontra, seu percentual só aumenta. No paciente oncológico, a dor é uma experiência muito desagradável e praticamente sempre presente, que acaba juntando-se aos demais sintomas, potencializando a neoplasia. Essa dor é chamada de dor oncológica, podendo estar associada a uma dor real, emocional ou sensorial, ou estar diretamente ligada ao tumor, a patologias associadas, ao tratamento, a procedimentos diagnósticos ou invasivos (MONTEIRO, SIMON, 2017).

A dor do câncer é trabalhada muitas vezes de forma errada, pelo simples fato do profissional de enfermagem ter dificuldade em ouvir as queixas dos pacientes, o que é fundamental para traçar um bom plano de cuidados. Muitas vezes esse paciente e o enfermeiro não conseguem criar vínculos devido à falta de tempo, de vontade ou de paciência. Esse vínculo é muito importante pois transmitirá segurança ao paciente, promoverá apoio a família, e influenciará a maneira como esse paciente vai enfrentar a doença (WATERKEMPER, 2010).

O trabalho do enfermeiro, levando-se em conta as diferenças e necessidades específicas do paciente e de sua família, demonstra a importância que tem esse relacionamento para o tratamento. Ocorre uma melhora no processo educativo, trazendo a colaboração e compreensão dos envolvidos, melhorando assim a capacidade de enfrentamento da doença. Respeita-se, desta

forma, as necessidades, crenças e valores, tornando o paciente mais próximo possível de sua compreensão e participação no próprio tratamento. (SILVA, CRUZ, 2011).

É fundamental que os profissionais de enfermagem tenham conhecimento sobre a avaliação e intervenções necessárias ao manejo da dor para que ocorra uma melhora na qualidade de vida desse paciente, principalmente no momento da dor. O manejo adequado e observação da dor melhoram o ambiente, tornando-o mais saudável e diminuindo a intensidade dessa dor (MONTEIRO, SIMON, 2017).

Algumas situações como a luminosidade excessiva, ambiente muito barulhento, falta de preparo e conhecimento da equipe de enfermagem, podem intensificar a dor e o desconforto do paciente, assim como o manejo inadequado de medicações e tratamentos. A dor causa grande desconforto, cansaço, aumento da ansiedade e stress, dificuldades no sono, dificuldade nas atividades diárias, depressão, apatia e abandono da vontade de viver. O cuidado vai além de administrar a medicação, pois deve o enfermeiro colocar-se no lugar do outro, valorizando e compreendendo sua dor, ouvindo suas queixas, promovendo apoio, garantindo que o sofrimento do paciente seja amenizado (WATERKEMPER, 2010).

2.3.2. Cuidados paliativos

Cada vez mais preocupa-se com o controle da dor, com a melhora na qualidade de vida de pacientes e familiares, por meio da prevenção, o alívio do sofrimento e a humanização da morte. Valoriza-se o cuidado, a escuta do paciente, o conhecimento de sua história, e a sua dor. Segundo Melo e Caponero (2011, p. 107), “cuidados paliativos consistem em abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, que enfrentam problemas de ordem física, psicossocial e espiritual”.

Segundo a OMS, cuidado paliativo (CP) é o nome que se dá toda melhoria da qualidade de vida ao paciente e seu familiar, através de métodos preventivos e que aliviem a dor, diante de doença grave ou terminal, trazendo alívio físico, bem como a todos os sintomas psicológicos, sociais e espirituais, envolvendo medidas físicas e psicossociais (SANTOS, 2011).

A dor é um dos graves problemas enfrentados pelos pacientes oncológicos. No Brasil, aproximadamente 30% dos pacientes sentem dor moderada a intensa durante o tratamento da doença, duplicando-se este número nos casos mais avançados.

A dor pode ser causada pelos tratamentos invasivos, por lesões e sequelas da doença no organismo. A dor aguda se dá devido a lesões, diminuindo gradativamente durante o processo de cura da lesão. A dor crônica, mais intensa, pode durar horas ou até ser contínua, causando

alterações no humor e incapacidade de realizar atividades rotineiras, gerando assim grande impacto que afeta suas vidas, trazendo sofrimento de ordem física, mental e moral, o que costuma chamar-se de “dor total”.

Os pacientes perdem o controle de suas vidas e do mundo que o cerca. A dor social vem através do isolamento social e a dor espiritual chega com a perda do significado da vida e a incerteza do futuro (MANSO *et al.*, 2017).

Os CPs tornam-se fundamentais para promover uma melhora de vida do paciente oncológico e de seus familiares durante o enfrentamento da doença e na terminalidade, promovendo suporte e trazendo alívio aos problemas de ordem física, psicossocial e espiritual em cerca de 90% dos pacientes nos casos mais avançados da doença. Além disso, preparam também para o enfrentamento da morte, e tenta garantir que esse possa ser um processo natural para todos os envolvidos, auxiliando a família posteriormente em seu luto (MACHADO *et al.*, 2015), sabidamente difícil em qualquer situação esperada ou súbita.

Deve-se salientar, ainda, a importância do trabalho multidisciplinar, pois não se consegue atingir todas as necessidades do paciente sozinho.

A união de várias áreas e habilidades devem buscar em conjunto a melhoria do quadro geral do paciente oncológico, promovendo apoio físico e mental, religioso e espiritual, social e humano. Não pode haver limitações dos profissionais que impeçam seu envolvimento junto ao paciente, e, independentemente da formação profissional, deve-se ter em mente antes de tudo que cuidados paliativos são um gesto de humanidade (SANTOS, 2011).

2.3.3 Terapias complementares alternativas

É crescente o número de pessoas que tem procurado os tratamentos não convencionais nas últimas décadas. E os procuram por vários motivos, dentre eles por serem mais naturais, menos invasivos e tóxicos, por sentirem-se insatisfeitos com os tratamentos alopáticos e por acreditarem que essas terapias, somadas às tradicionais, trarão uma considerável melhora em sua saúde. Muitos aderem a essas práticas por crerem que a mente, juntamente com o espírito, é fundamental para a melhora do corpo físico (POTTER, 2013).

As terapias complementares alternativas (TC) representam uma forma de humanização no tratamento do câncer, sendo realizada concomitantemente ao tratamento alopático. Usada como alternativa para a melhora do quadro psicológico e no controle dos sinais e sintomas decorrentes do tratamento e da doença. Promove alívio da dor e serve como terapia, agindo

também muitas vezes como figura de suporte no enfrentamento e luta contra a doença e consequentemente esperança na cura (LIMA, *et al.*, 2015).

A OMS, após analisar o uso da TC pela população e reconhecer os seus benefícios, passa a instigar seu uso a partir dos anos 80, junto com a medicina Tradicional (MT), em seu sistema de saúde. A resolução n.º 197/97 do COFEN reconhece terapias alternativas como especialidade que pode ser exercida pelo profissional de enfermagem. Em 2006, o Brasil aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PIC), tornando-se parte da gama de países já usuários dessas práticas (GIGLIO, KARNAKIS, 2012).

As terapias mais comumente usadas são: toque terapêutico, imagem guiada, massagem, reflexologia, meditação de cura (oração), hipnoterapia, terapia quiroprática, herbalismo, terapia com arte, dança e música, meditação, ioga, *reiki*, magnetoterapia, acupressão, acupuntura, terapia craniossacral, toque curativo, medicina ortomolecular, uso de probióticos, *taichi*, psicoterapia, airveda, homeopatia, medicina tradicional chinesa (MTC) e ventosaterapia (POTTER, 2013).

2.3.4 Como a espiritualidade e a religiosidade contribuem no enfrentamento do câncer

Segundo Smith (2008), citado por Potter (2013), a palavra espiritualidade tem sua origem na palavra latina *spiritus*, que está relacionada com a respiração ou vento. Traz como sentido o centro de toda a vida, seus aspectos, sua origem no ser humano.

Para Santos (2012), os efeitos que a religiosidade causa no ser humano é benéfica, ocasionando uma melhora no bem-estar do paciente, diminui o risco de depressão, do uso e do abuso de substâncias, bem como de ideias suicidas, além de promover o apoio e incentivo para controle e adesão de tratamentos, a comportamentos saudáveis e novos estilos de vida.

Os pacientes encontram na espiritualidade, nas crenças, nos grupos religiosos, um sentido para a vida e um motivo pelo qual lutar pela cura. Pesquisas mostram que as pessoas comprometidas com suas crenças religiosas geralmente cuidam mais de sua saúde e mantêm um estilo de vida mais saudável.

O sofrimento espiritual ocorre quando o paciente é impedido de praticar seus rituais habituais, ou quando existe conflitos entre suas crenças e o sistema de saúde responsável por seu tratamento. O enfermeiro é visto com diferença frente aos demais profissionais de saúde e torna-se referência para o paciente, que nele deposita confiança, revelando muitas vezes seus segredos, dúvidas e sentimentos. Para isso, se faz necessário pensamento crítico, habilidades e conhecimento, contribuindo com a melhoria do bem-estar espiritual. Torna-se importante

manter-se saudável, cuidando de suas necessidades físicas, mentais e espirituais, podendo assim contribuir de forma mais efetiva como suporte emocional e espiritual ao paciente, promovendo um cuidado diferenciado e de mais qualidade (POTTER, 2013).

No final da doença muitos se voltam para a espiritualidade, e essa ganha uma nova dimensão em suas vidas. As práticas religiosas servem como meio de reunião entre paciente e familiar, que se voltam num mesmo ideal, comungando pensamentos e sentimentos. Percebe-se que as preces vão se modificando ao longo da doença, pois num primeiro momento são de cura, depois se tornam pedidos de alívio dos sintomas, paz e tranquilidade ao paciente e aos que o rodeiam.

Além disso deve-se considerar também o aspecto negativo da espiritualidade/religiosidade, pois não raras vezes o paciente oncológico abre mão dos tratamentos convencionais, passando a depositar sua esperança em uma força maior e creditar a ela eventual cura, abolindo totalmente a medicina tradicional e terapêuticas relacionadas. Ainda nesse aspecto, vale ressaltar que esse paciente tende a delegar a responsabilidade de seu tratamento a uma entidade superior, o que é, em realidade, uma forma de fugir a essa mesma responsabilidade e aceitar quaisquer consequências dali resultantes (SANTOS, 2011).

A espiritualidade altera a neuroquímica no cérebro, com isso o paciente experimenta uma sensação de felicidade, bem-estar, paz e de segurança. Diminuem os níveis de estresse, depressão, ansiedade, o que vem a contribuir de forma positiva no tratamento e qualidade de vida do paciente oncológico (GUERREIRO, 2011).

Outro fator importante a ser considerado é que muitos pacientes, se sentindo próximos do óbito, possuem curiosidade quanto a vida após a morte, tendendo a resolver os problemas pendentes e pedir perdão por faltas cometidas. Essa situação vem a servir como suporte de aceitação da morte e de preparo e apoio de seus familiares para o luto (SAMPAIO, SIQUEIRA, 2016).

A espiritualidade é por muitas vezes negligenciada pelos profissionais de saúde por não se tratar de algo científico ou acadêmico, por ter muitas denominações, ser imensurável ou subjetiva, por divergências de credo, e por falta de conhecimento no assunto. Os profissionais acreditam não terem tempo para abordar esse tema com seus pacientes. Por outro lado, observa-se que, quando respeitada e usada como ferramenta, a religiosidade facilita o entendimento, e a adesão ao tratamento. Atualmente é grande a procura por conhecimentos referentes a este tema pelos profissionais de saúde, visto que, se aborda essa temática, como forma de tratamento, sendo cada vez mais valorizada e respeitada pela ciência (POTTER,2013).

3METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório. A pesquisa qualitativa é o método para análise e investigação científica, na elaboração de pesquisas e projetos de caráter subjetivos. Esse método é utilizado visando à compreensão e análise da percepção de cada ser a respeito de um fenômeno em particular e sob o ponto de vista de cada indivíduo envolvido (MINAYO, 2014).

A pesquisa exploratória tem como característica o fato do pesquisador buscar aprofundar um assunto pouco conhecido por ele, buscando informações em referenciais teóricos, base de dados científicas, e principalmente na coleta de dados sobre, fatos e seres humanos envolvidos no assunto em questão, relacionando-os entre si (POLIT-O'HARA; BECK, 2011).

3.2 Local da pesquisa

A coleta dos dados ocorreu no domicílio dos entrevistados com diagnóstico de câncer pré-selecionados, de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

3.3 Sujeito da pesquisa

Chegou-se aos sujeitos da pesquisa através da ajuda de uma entidade de apoio ao câncer (Liga feminina de Combate ao Câncer de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul), que possuem cerca de 70 pacientes cadastrados, sendo indicados para essa pesquisa por gozarem de bom estado de saúde física, mental e emocional. Foram entrevistados um total de sete pacientes, que representam 10% do total dos pacientes atendidos por essa entidade de apoio. Cada respondente recebeu um codinome mantendo o seu anonimato fornecendo maior fidedignidade às informações. Foi utilizado nomes de super-heróis. A alusão a esses personagens foi motivada pela bravura, coragem, força e perseverança dos pacientes que enfrentam a luta contra o câncer, sendo essa escolha verdadeira homenagem.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ser paciente diagnosticado com câncer; ser adulto; falar português; estar consciente e em boas condições clínicas e emocionais para fornecer informações fidedignas; aceitar participar do estudo; e assinar o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) (apêndice A) em duas vias. Como critério de exclusão

dos sujeitos para o estudo, determinou-se: não falar português; estar inconsciente ou confuso; não apresentar boas condições clínicas e emocionais para fornecer informações; não aceitar participar do estudo; e não assinar o TCLE em duas vias.

Acredita-se que o estudo em questão pode trazer grandes benefícios para a equipe de profissionais de saúde e pacientes. Com o aprimoramento e o conhecimento adquiridos a partir desse estudo, sendo fortalecidas as relações entre a equipe e o paciente, pois foram abordadas situações vividas pelos mesmos, sendo de suma importância para o enfrentamento na luta contra a doença e na recuperação da mesma, contribuindo também com a melhora da qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem. Nessa condição, pode ter sido possível que alguns desconfortos tenham acontecido com a lembrança de fatos ou momentos difíceis vividos pelos pacientes entrevistados.

3.4 Coleta da pesquisa

Primeiramente, considerando-se a necessidade de subsídio teórico para elaboração do protocolo de pesquisa, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o eixo acadêmico a ser explorado, valendo-se deste mesmo para criação do instrumento de coleta. Na sequência, foram escolhidos os sujeitos da pesquisa, através de indicações obtidas junto a entidade de apoio ao câncer do município em questão (Liga Feminina de Combate ao Câncer), ressaltando-se que houve primazia pela segurança dos sujeitos da pesquisa, mantendo-se o anonimato tanto com relação aos pacientes quando ao município, mantendo-se a privacidade durante a pesquisa.

A partir disto, foi encaminhado o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisc para avaliação. Com a aprovação pelo comitê, a pesquisadora apresentou-se aos mesmos e os convidou a participar da pesquisa, informando-os a respeito do objetivo, da relevância e da forma de coleta dos dados. Nesse momento, foi salientado, que a sua participação ou não, neste estudo, não implicaria em riscos ou prejuízos ao informante, da mesma forma que foram respeitados seus costumes, sua religião, conceitos morais e éticos, conforme preconiza a Resolução 466/12 que remete sobre a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). O mesmo foi aprovado pelo CEP sob o parecer 2.660.637.

Foi exposto e lido o TCLE aos pacientes que aceitaram participar, informando que o mesmo deveria ser assinado em duas vias pelo respondente e pelo pesquisador, sendo que uma destas vias foi entregue ao sujeito e a outra foi guardada pelo pesquisador em local seguro pelo período de cinco anos.

O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada (Apêndice B), utilizada para a coletados dados, de forma individual respeitando sua privacidade. Neste tipo de entrevista, o pesquisador faz uso de um roteiro elaborado por ele, contendo os principais aspectos sobre o tema a ser investigado, utilizando-se deste como norteador para entrevista (GIL, 2002).

Pode ocorrer algumas desvantagens nessa entrevista semiestruturada, quando aplicada de forma totalmente delimitada, estabelecendo um diálogo sucinto entre o sujeito e o entrevistador, principalmente, quando este tem pouco conhecimento sobre o tema. Se fez conveniente utilizar-se de um roteiro como instrumento norteador da pesquisa, buscando sempre ir além do que foi proposto (MINAYO, 2014).

Foi utilizado um instrumento de coleta, que serviu para nortear a entrevista, que continha questões que perfilaram o grupo de sujeitos, as quais serviram como pontos norteadores que abordam a temática permitindo alcançar os objetivos da pesquisa.

Como método de validar o presente instrumento de coleta, o mesmo foi aplicado de forma piloto com um sujeito, a fim de identificar possíveis falhas para correções imediatas. Foi utilizado um gravador durante a entrevista facilitando assim a transcrição das respostas dadas pelos pacientes, para que não se perdesse nenhuma das informações prestadas (MINAYO, 2014).

Esse estudo serviu como trabalho de conclusão de curso, que se encerra em junho de 2018, sendo submetido a uma banca examinadora do Curso de Enfermagem. Pretende-se também elaborar artigos para serem publicados em periódicos científicos da área. Contudo, essa pesquisa poderia ser interrompida se, os sujeitos do estudo não aceitassem participar da mesma.

3.5 Análise da pesquisa

Os dados desta pesquisa foram submetidos à análise de conteúdo. Este método de análise, comum em pesquisa qualitativa, tem como finalidade estruturar e sintetizar as informações obtidas, dando ênfase ao objetivo da pesquisa em questão, de acordo com algumas técnicas utilizadas para auxiliar no processo de análise de material e na descrição do conteúdo coletado (MINAYO, 2014).

O processo de análise de conteúdo estrutura-se nas seguintes etapas: a pré-análise, exploração dos dados, fase do tratamento dos resultados e a sua interpretação. Na primeira fase, ocorre a organização dos dados e o estabelecimento dos indicadores que irão auxiliar durante o processo de interpretação. A segunda fase consistiu na codificação dos dados, que no primeiro momento exigiu extrair as principais informações do conteúdo para, a partir disto, aplicar-se as

regras de classificação e organização dos dados. Na última fase ocorreu o tratamento dos resultados e a interpretação dos mesmos (MINAYO, 2014).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados e a discussão dos dados estão expostos no texto que segue. Inicialmente, será apresentado um quadro onde destaca-se o perfil dos sujeitos participantes do estudo, destacando as variáveis: codinome, sexo, idade, tipo de câncer e tempo da doença.

Quadro 01-Perfil dos sujeitos da pesquisa

	CODINOME	SEXO	IDADE	TIPO DE CÂNCER	TEMPO DA DOENÇA
1	Mulher-Gato	FEM	47 anos	CA de mama em controle	02 anos
2	Mulher- Maravilha	FEM	48 anos	CA de mama em controle	10 anos
3	Bat-Girl	FEM	50 anos	CA linfático em controle	08 anos
4	Mística	FEM	64 anos	Linfoma de células do Manto não- Hodgkin em controle	10 anos
5	Homem de Ferro	MAS	54 anos	CA de próstata em tratamento	05 anos
6	Mulher Biônica	FEM	59 anos	CA pulmão, fígado e face em controle	08 anos
7	Tempestade	FEM	39 anos	CA de mama em controle	03 anos

Fonte de dados coletados pela autora.

As entrevistas ocorreram com sete pacientes, sendo que seis eram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. As idades ficaram entre 39 e 64 anos. Os tipos de câncer apresentados pelos entrevistados eram os seguintes: três tinham câncer de Mama, um com câncer Linfático, um tinha Linfoma Não-Hodgkin, um tinha câncer de próstata, e uma entrevistada tinha câncer de fígado, pulmão e face. O tempo de duração da doença ficou entre 2 a 10 anos.

Foram atribuídos aos entrevistados codinomes referentes a super-heróis, sendo eles: Mulher Gato, Mulher Maravilha, Bat-Girl, Mística, Homem de ferro, Mulher Biônica e Tempestade. Essa referência foi usada como forma de incentivar e enaltecer a força, coragem, perseverança que os entrevistados demonstraram ao longo da luta contra sua doença.

Outro dado que chama atenção é a faixa etária dos pacientes diagnosticados com câncer, seis tiveram o diagnóstico do câncer antes dos cinquenta anos de idade, e somente um após, com cinquenta e quatro anos de idade. A paciente Mulher Biônica traz um relato interessante que nos diz:

”Foi muito difícil ... eu penso que judiaria isso acontecer com os jovens, porque eu já vivi bastante, eu estava preparada para tudo, a vida é assim, não sei se ano que vem vou estar viva”... e ela continua ...” eu superei tudo, cada dia de vida é uma benção”...

A hereditariedade é um fator de risco considerável quando já ocorreram casos de câncer em parentes de primeiro grau antes dos cinquenta anos de idade. Rodrigues e Oliveira (2016), relatam que cerca de 80% dos casos de câncer de mama estão relacionados aos fatores ambientais, ao uso de álcool, tabaco, contraceptivos orais, reposição hormonal e exposição a poluentes. O uso de contraceptivos por longos períodos antes da primeira gestação ou com seu início muito precoce, também são considerados riscos a doença.

4.1 O sofrimento e a incerteza do futuro frente ao impacto no diagnóstico do câncer

Ao questionar os entrevistados sobre o significado que o diagnóstico do câncer teve em suas vidas, todos foram unânimes em responder que receberam a notícia com choque, desespero e medo. Segundo as entrevistadas Mulher Maravilha e Bat-Girl, o diagnóstico veio como uma sentença de morte, e elas relatam em suas falas:

“Não tem retorno, pensei que ia morrer, não tive aquela esperança que ia melhorar”... (Mulher Maravilha)

*”Parece que meu mundo caiu, no início eu achava que não ia vencer, eu procuro não lembrar, eu quero esquecer”...
(Bat-Girl)*

Segundo Sette e Gradvohl (2014), a incerteza do futuro aliado ao medo da morte, geram grande desequilíbrio físico e mental, o que acaba por agravar o sofrimento do paciente e de todos os que o rodeiam, interferindo diretamente na vida de todos os envolvidos.

Para os entrevistados o período do tratamento é muito difícil. A Mulher Maravilha relata que o medo de ter o câncer em outros órgãos, além da mama, lhe trouxe intenso sofrimento e que por vezes pensava, se o tumor estava na mama ela iria morrer, portanto não adiantava fazer o tratamento. Por sua vez, o Homem de Ferro relatou que assim que teve seu diagnóstico de câncer e passado o choque, iniciou o tratamento não apresentando nenhum sintoma

desagradável, o que contribuiu favoravelmente na diminuição de seu sofrimento, continuando assim, sua vida normalmente. Segundo Carvalho (2008), o câncer é uma das piores doenças, causando sofrimento aos pacientes, pois traz consigo o tema da morte, o medo relacionado aos tratamentos, procedimentos e a dor em consequência desses.

Duas entrevistadas relatam que tinham relacionamentos conflituosos com seus parceiros, sentiam-se dependentes e desvalorizadas, tinham sua autoestima baixa, sentiam-se frustradas com relação aos sonhos não realizados. A paciente Tempestade relata que vivia no “automático”, sem perceber a vida a sua volta, suas preocupações eram os filhos e seu trabalho, que não lhe proporcionava satisfação, sendo apenas um meio de sustento. O stress ou fatores estressantes, as frustrações, isolamentos, relacionamentos pessoais ou familiares conflituosos, são considerados fatores psicossociais que podem preceder o aparecimento da doença, segundo relatam Amorim e Siqueira (2017).

4.2 As modificações psicossociais

Um dos problemas enfrentados pelos pacientes após a diagnóstico do câncer é o abandono pelos seus companheiros. Duas entrevistadas relatam que após o diagnóstico do câncer e início de seus tratamentos de quimioterapia, em um dos momentos em que mais necessitavam de apoio, as mesmas foram abandonadas por seus maridos.

Silva e Carvalho (2008), relatam que além do sofrimento enfrentado com a doença, as pacientes enfrentam a dor do abandono, o que pode acarretar grande prejuízo ao seu tratamento e possível cura. Essas mulheres de um momento para outro mudam completamente suas vidas, baixando de padrão socioeconômico, colocando sua saúde e de seus filhos em risco, muitas acabam por não realizar tratamento por falta de opção, de conhecimento ou por terem que assumir questões que eram pertinentes aos seus companheiros.

As falas das pacientes Mulher Gato e Mulher Maravilha são claras quanto ao sentimento de impotência frente ao abandono...

“No momento que eu mais precisei dele, ele foi embora e me deixou com as crianças...” e ela continua...” passei necessidade, só tinha o que comer graças a Liga de Combate ao Câncer”... (Mulher Gato)

”O tratamento é doloroso, viajava para fazer as quimio... nesse caminho veio a separação, virei chefe de família, sem nada, aquele abandono, sem dinheiro, não tinha como sustentar meus filhos”... (Mulher Maravilha)

Outra área muito afetada com o aparecimento do câncer é a financeira, três dos sete entrevistados, tinham convênio médico, que ajudava com os custos do tratamento e cirurgias, para esses a situação financeira não foi muito abalada conseguindo manter o mesmo padrão de vida de antes, conseguindo focar em seu tratamento de forma mais tranquila com menos preocupações. Os outros cinco entrevistados restantes realizaram todo o tratamento pelo Sistema Único de Saúde, e para esses foi o inverso, passaram privações em suas necessidades mais básicas, contando com a ajuda de amigos, da Liga Feminina de Combate ao Câncer e a caridade alheia.

Santos (2011), diz que os pacientes ao dependerem da caridade para sobreviver podem agravar seu quadro geral, junto com as privações vem a sensação de impotência, de estar sendo um peso na vida dos familiares e amigos. Não conseguem desempenhar suas antigas atividades, causando-lhes grande sofrimento e muitos entram em depressão.

As mudanças corporais fazem com que os pacientes se sintam desanimados, afetando sua autoestima, grande parte perdem os cabelos, alguns sofrem mutilações dependendo da área afetada pela doença. A entrevistada Bat-Girl relata ter perdido bastante peso e que no início até gostou pois era gordinha, mas com o passar do tempo foi ficando muito debilitada não conseguindo comer mais, além de perder todo os pelos do seu corpo. O sofrimento se faz evidente através das falas:

“Eu tirei a mama inteira, como meu marido vai me olhar agora...ele não vai me querer mais”... e continua...” não me sinto bonita, não me sinto mais mulher”... (Mulher Maravilha)

“Foi um horror, não saía da cama, me sentia um nada, e um dia meu marido me disse, eu não quero mais essa mulher que tu te tornou...e foi embora”... (Bat-Girl)

Segundo Oliveira *et al* (2010), os pacientes com câncer, principalmente as mulheres podem sofrer grande impacto emocional e psicossocial, com as mudanças corporais. O sentimento de perda vem os acompanhando desde o diagnóstico, e continuam com o tratamento

e prognóstico. Nas mulheres essas modificações geram verdadeiro sofrimento psíquico, e sentem no físico os efeitos dos tratamentos como náuseas, perda da libido e outras disfunções relacionadas a vida sexual, alopecia, vômitos, cansaço e problemas na pele.

4.3 A importância das redes de apoio como suporte físico e mental

A rede de apoio dos entrevistados é basicamente composta por amigos, familiares, grupos religiosos, colegas de trabalho, profissionais de saúde e integrantes da Liga de Combate ao Câncer. Para Canieles et al (2014), se entende como rede social de apoio, todas as pessoas que interagem com o paciente com diagnóstico de câncer. Essas redes de apoio acabam por influenciar positivamente proporcionando mudanças morais, físicas, emocionais e espirituais em seu cotidiano, possibilitando a troca de experiências e sentimentos entre pacientes, como os entrevistados nos relatam abaixo:

”Junto com a doença veio a separação, não conseguia trabalhar e foi a Liga de Combate ao Câncer que me ajudou, com rancho, remédio”... (Mulher gato)

”Não tinha como sustentar meus filhos, a Liga que ajudou muito, com alimentação, remédio, dinheiro para passagem, eu tenho eles como anjos da guarda”... (Mulher Maravilha)

Podemos observar que a importância do apoio familiar é citada pelos entrevistados, e todos relataram ter recebido o apoio de seus familiares e que os relacionamentos entre eles se intensificaram após o diagnóstico da doença. O apoio é fundamental para o enfrentamento da doença, promovendo segurança física e emocional. Quando ocorre o câncer, a família e os amigos se reorganizam afim de estarem mais presentes na vida do paciente.

Maia (2016) traz em seu estudo, que a família se responsabiliza pelo apoio durante a doença, fazendo com que o sofrimento se estenda para todos, o que pode ocasionar desgaste físico e emocional, provocados pelo acúmulo de funções, e horas de cuidado dispensadas ao paciente. Contudo é de suma importância para o fortalecimento das relações e enfrentamento da doença.

Os entrevistados relatam procurar terapias alternativas como método de alívio do estresse e da dor, sendo em grupos de música e canto, grupos de oração, através do toque curativo com passes oferecidos em casas espíritas.

Três dos sete entrevistados relatam que continuaram com suas atividades sociais, mantendo o convívio com amigos, grupos religiosos, colegas de trabalho, mudando pouco seus relacionamentos sociais. Como relatam abaixo:

”A família me deu muito apoio... foi nota dez, não tinha problema nenhum, praticamente nada mudou, até melhorou”... (Mística)

”Eu continuei com atividade social e esportiva, tive bastante apoio, no contexto todo quase não teve(sic) mudanças”... (Homem de Ferro)

”Eu tive muito apoio, mesmo com meu problema eu participava da vida em sociedade, eu tenho minha vida, meu grupo na igreja”... (Mulher Biônica)

Quatro entrevistados relatam terem suas vidas totalmente mudadas, não sentiam vontade de sair e conversar, nem de realizar coisas básicas como se arrumar, pentear cabelos, preferiam ficar em casa sozinhos. Alguns sentiam-se feios por conta da queda de cabelos, pelo emagrecimento ou pela retirada da mama, e não queriam falar sobre a doença. Uma das entrevistadas era dona de casa vivendo uma situação de dependência econômica e social total do marido, após a fase difícil da quimioterapia veio a separação, trazendo consigo um sofrimento ainda maior. Ela nos relata:

”Além de vir o câncer que é uma coisa brutal, virou minha vida, perdi o meu chão, meu suporte, minha segurança, ele era tudo, e eu era dependente de tudo”... (Mulher Maravilha)

O sentimento de total fracasso na vida é evidente e doloroso e uma das falas constantes desses entrevistados é de que após o aparecimento da doença, lhes foi tirado tudo o que tinham, passando a sobreviver da bondade alheia e das doações de amigos.

A Liga de Combate ao Câncer aparece em todas as falas dos entrevistados, que trazem eterna gratidão por todas as pessoas que trabalham nessa entidade de apoio. O trabalho da Liga é desempenhado de forma voluntária, sempre com muita dedicação e carinho de seus membros pelos pacientes e familiares que ali buscam auxílio em momentos sabidamente delicados. Além disso, também é fornecido pela entidade apoio financeiro, indo desde itens básicos de alimentação (por vezes o único meio de subsistência do núcleo familiar), compra de passagens

intermunicipais para realização de tratamentos médicos em outras cidades, até o fornecimento de medicação.

4.4 A espiritualidade como mecanismo de enfrentamento contra o câncer

Nunca se debateu tanto a espiritualidade e a ciência como hoje, bem como sua importância no processo que vai desde o diagnóstico, reabilitação e cura da doença. Serve como ferramenta de ajuda no atendimento à saúde, em momentos de extrema dor e sofrimento e na possível perda (PINTO, 2016).

Independente da religião ou da crença praticada pelos entrevistados, todos relatam acreditar em um ser superior que os mantém vivos e lhes dá força para lutar pela cura de sua doença, o que vai de encontro com Sampaio e Siqueira (2016), que nos falam da importância que a espiritualidade e religiosidade tem nesse momento de enfrentamento da doença. Trazem conforto e esperança, diminuindo o nível do estresse causado pela dor e sofrimento após o diagnóstico e das mudanças causadas durante a luta pela cura da doença.

Em suas falas os entrevistados dizem se “agarrar” com Deus, mesmo aqueles que não tinham tanta fé antes da doença, e é através da oração que eles se fortalecem e se mantêm esperançosos na vitória.

Outro fato muito importante que foi abordado durante a pesquisa é que os entrevistados em nenhum momento se mostraram revoltados por estarem doentes ou sofrendo com o câncer, se mostram resignados, aceitando a doença como forma de melhoramento individual, alguns relatam que se tornaram pessoas melhores, mais calmas, passando a valorizar mais a vida e as pessoas ao seu redor. Segundo Cayana et al (2017), a espiritualidade serve como âncora sustentando, fortalecendo, promovendo grande melhora no bem-estar geral, sendo considerada de grande ajuda ao paciente oncológico.

A espiritualidade faz parte da integralidade do ser humano, sendo considerada uma necessidade humana, que com o advento da doença passa a ganhar um sentido maior ainda, aflorando com maior intensidade nos momentos de dor, angústia e sofrimento, como aparece nas seguintes falas:

”Eu tenho uma vida terrena, eu tenho uma missão aqui e eu vou cumprir ela, eu vou lutar”... (Homem de ferro)

”Ajuda muito ter fé, nunca abaixei a minha cabeça, nunca me revoltei”... (Mulher Biônica)

”Eu pensava se todo mundo reza por mim, e os médicos cuidam de mim é porque eu ainda tenho esperança...eles me passavam força, e eu tenho fé”... (Bat Girl)

Observou-se que os entrevistados em suas falas demonstram se responsabilizar por seus tratamentos, não depositando suas esperanças apenas em uma força superior, essa vem de forma a somar positivamente nesse processo de enfrentamento e busca pela cura.

4.5 Como é visto o papel do enfermeiro no alívio da dor e do sofrimento

O controle da dor é uma grande preocupação da equipe de enfermagem, pois traz um alívio ao sofrimento do paciente e conseqüentemente de sua família, o que vem a corroborar com os estudos de Silva e Cruz (2011), que falam da importância que o enfermeiro investigue a origem da dor para que se possa planejar uma assistência individualizada levando-se em conta necessidades de cada paciente, sua realidade de vida e de sua família, porque nessa realidade é que será vivida a doença.

Nesse contexto foi relatado pelos entrevistados que todos tiveram contato com o enfermeiro durante seus tratamentos, sendo de suma importância seus cuidados e as informações prestadas sobre sua doença e os tratamentos. Todas as falas foram muito positivas quanto a esse profissional, pela maneira carinhosa, atenciosa de tratar, alguns se referiram aos enfermeiros como anjos com a missão de ajudar ao próximo. Segue abaixo algumas falas:

”Tenho uma imagem boa, sempre me ajudaram”... (Mulher Gato)

”As enfermeiras me falavam as palavras de incentivo, vim pra (sic) casa me achando a rainha da cocada preta”... (Mulher Maravilha)

”Tive várias enfermeiras, foram nota dez, se tivesse nota mil eu dava, apoio, atenção, tratamento ótimo”... (Mística)

”Era noite de ano novo e eu estava sozinha no hospital, elas vieram e me levaram na cadeira de rodas pra (sic) ver os fogos, não me deixaram sozinha, não vou esquecer”... (Bat Girl)

*”Eu vejo o enfermeiro como uma peça muito importante no tratamento”...
Eu me admiro, cada vez que vou lá elas lembram o meu nome”... (Mulher Biônica)*

”Tive sorte de pegar bons enfermeiros, foi excepcional, tratavam a gente com muito carinho, os dias da quimio se tornavam especiais”... (Tempestade)

A entrega e dedicação do enfermeiro para ouvir as angústias e necessidades dos entrevistados foram relatados como fatores importantes para o alívio da dor. O cuidado e o acolhimento ao paciente no momento da dor e do sofrimento, vai muito além da técnica, do procedimento realizado com excelência, é essencial que o enfermeiro demonstre compaixão, humanidade, interesse, afeto e respeito pelo paciente, contribuindo assim, com a promoção de bem-estar geral, demonstrando saber lidar com seus sentimentos frente a essas situações.

Silveira (2016), relata em seus estudos, que cuidar e acolher um paciente com dor não significa apenas executar procedimentos técnicos para aliviar a dimensão física. Faz-se necessário demonstrar interesse, compaixão e afetividade, pois o envolvimento do profissional com o paciente contribui para a promoção de bem-estar, uma vez que implica em saber lidar com seus sentimentos diante dessas situações.

Os profissionais da enfermagem são os que mais permanecem ao lado do paciente durante a sua doença, conhecem sua necessidade, seu universo, tornam-se confidentes, amigos, companheiros nessa jornada calcada pela dor e pelo sofrimento, não esquecendo que são apoio para as famílias, que sofrem tanto quanto seus doentes, passando a ser também, um ombro amigo em sua perda e conseqüente luto.

4.6 O câncer como uma lição de vida

Após a doença, observa-se uma série de mudanças nos entrevistados, principalmente na forma de viver e encarar a vida. Após viverem a doença, passam a enxergar a vida com outro significado, por vezes tão profundo que passam a transformar as vidas daqueles que os rodeiam.

Os entrevistados nos relatam o significado que a doença teve em suas vidas, eles nos dizem:

”A vida de hoje é muito diferente, a doença me trouxe a minha liberdade de trabalhar, de me sustentar, do meu controle”... A doença me judiou muito, mas me ensinou muito”... (Mulher Maravilha)

”Eu antes era uma, parece que agora eu estou com mais vida, porque agora eu estou curada, e as vezes é como se nada tivesse acontecido”... (Mística)

”Hoje é muito diferente, o que eu vou levar de tudo isso...a doença foi me colocando no rumo, na obrigação de mudar e me cuidar”... (Homem de ferro)

”Eu estava preparada para tudo, a vida é assim, eu superei tudo, cada dia de vida é uma benção”... (Mulher Biônica)

” Hoje eu agradeço por ter tido essa doença, eu tinha que passar por isso, eu cresci muito espiritualmente e em todos os sentidos na vida”... (Tempestade)

Esses relatos vêm de encontro com os estudos de Fernandes (2017), que diz que os pacientes se tornam exemplos a serem seguidos pela sua força, esperança, resignação, perseverança e garra para vencer qualquer obstáculo, refletindo assim em seu modo de vida.

Valores são alterados, o que antes era fundamental e colocado em primeiro lugar, já não é mais, a vida passa a ter um novo sentido forte, amplo e profundo. A qualidade de vida agora é o mais importante, valorizam seus corpos físicos tendo o entendimento que precisam deles até seus últimos dias na terra. Modificam-se pensamentos e ações, passam a valorizar suas crenças religiosas e espirituais, passam a ver sua relação com o próximo de outra maneira, fortalecendo seus laços de amor e amizades.

Relatam que a doença serviu como meio de modificação pessoal, de crescimento, de renovação, saindo da zona de conforto para viver com mais plenitude, tendo uma vida muito

mais feliz. São unânimes em dizer que se tornaram pessoas muito melhores do que eram, e agradecem essa nova chance que a vida lhes proporcionou através do câncer.

Ao serem questionados se gostariam de deixar uma mensagem, os entrevistados prontamente responderam que sim, como seguem os relatos abaixo:

”Que acreditem em Deus, tenham fé para seguir adiante no tratamento, é muito importante ter fé, se ajudar, eu me agarrei nisso e agora estou bem”...

(Mulher Gato)

”Que não perca tempo, que vá ao médico, bota confiança em Deus e fé, que tudo vai dar certo. Lutem e trabalhem”... (Mística)

”Acreditar em Deus que o resto se dá um jeito, foi isso que me manteve de pé e está mantendo”... (Bat Girl)

”A gente tem que levantar a cabeça e fazer o que precisa ser feito, com fé e o apoio da família vamos em frente”... (Mulher Biônica)

”Metade da cura está em nossas mãos, pode acreditar, reagir, levantar a cabeça, não é o fim do mundo, Deus não dá a cruz maior que a gente pode carregar. Procura ver o lado bom das coisas”... (Tempestade)

Todos os entrevistados em suas falas nos trazem mensagens de otimismo e perseverança. Segundo Pinto (2016), os pacientes lutam para manter acesa a chama da esperança, aumentando assim sua fé e das pessoas ao seu redor. Cada um tem uma maneira particular de lidar com o impacto da doença, mas a grande maioria vive essa experiência de maneira positiva, modificando seu meio de vida, valorizando cada momento com mais alegria e gratidão pela vida.

CONCLUSÃO

No transcorrer dessa pesquisa, a cada entrevista realizada, percebeu-se o quanto a vida humana é frágil e como estamos suscetíveis ao adoecimento, independentemente da idade, sexo, estado civil, situação financeira, cor ou credo. Infelizmente o câncer vem crescendo assustadoramente a cada dia, trazendo consigo dor e sofrimento. Junto com a doença chega uma série de mudanças, de toda ordem, destruindo sonhos, abalando as constituições familiares, alterando papéis sociais, modificando drasticamente a vida dos pacientes e das pessoas ao seu redor. As famílias passam a necessitar também de tanto apoio e cuidado quanto o paciente.

É nesse contexto que se observa a importância do papel do enfermeiro junto a esse paciente e sua família, ele vem como o apoio amigo, promovendo uma assistência de qualidade, mais humana e digna, criando dessa maneira um forte vínculo, reforçando as relações, tornando-se imprescindível durante o tratamento e enfrentamento da doença. Percebe-se que é esse olhar mais humano que o torna um ponto de referência frente aos demais profissionais da área de saúde. O paciente passa a depositar grande confiança no enfermeiro, o que pudemos observar nas falas de todos os pacientes entrevistados.

Outro aspecto importante que é visto de maneira positiva no enfrentamento do câncer, é a espiritualidade e a religiosidade, bem como suas crenças e valores. Observou-se que os pacientes creditam a Deus uma grande parte de sua recuperação ou cura da doença, e que a oração e a fé foram meios utilizados como fortalecimento nos momentos difíceis que enfrentaram.

As redes de apoio vêm como suporte fundamental durante todo o processo da doença, desde diagnóstico até a fase de controle. São formadas por todas as pessoas que prestam auxílio, tais como familiares, amigos, colegas de trabalho, entidades como a Liga Feminina de Combate ao Câncer, muito citada pelos pacientes, que se tornam âncoras sustentando inclusive as necessidades mais básicas como alimentação, medicação, fornecendo custeio de passagens e outras necessidades apresentadas pelos pacientes.

Apesar do sofrimento de diversas ordens e a dor física e emocional sofridas, o paciente oncológico vê a sua doença como meio de crescimento como ser humano e de evolução espiritual. São unânimes em dizer que se tornaram pessoas melhores, mais justas e tranquilas, passando a enxergar a vida sob outro ângulo. O que era importante já não é mais, surgindo novos valores. Muitos modificaram totalmente suas vidas, trocando, por exemplo, de emprego e casa. Aqueles que haviam perdido seus companheiros por conta da doença entendem o fato

como uma espécie de libertação, uma retomada da posse de suas vidas. A vida passou a ter um novo, amplo e profundo sentido, surgindo um sentimento enorme de gratidão, que se apoderou de suas vidas e corações.

Os pacientes fizeram questão de contar suas histórias para que sirvam como exemplo de superação, força, garra e esperança para outros que, assim como eles, sofrem na batalha contra o câncer. Ao serem lidos esses relatos, espera-se que cada um possa refletir sobre a grandiosidade e a complexidade em que estamos inseridos. Que possamos ser gratos a cada dia pelo dom da vida, lembrando que somos os únicos responsáveis por nossa saúde e bem-estar. Não nos sobrecarreguemos com preocupações desnecessárias, para que não se perca a oportunidade de viver com alegria e felicidade.

Dessa forma a pesquisa que tinha por objetivo analisar as mudanças psicossociais que ocorrem no paciente com câncer e como se dá o enfrentamento da doença após o diagnóstico do câncer, permitiu que pudéssemos compreender o impacto que a doença causa no paciente, alterando drasticamente suas vidas e de suas famílias, trazendo uma série de modificações de todas as ordens, causando grande sofrimento físico e emocional. Nos mostra também o papel e a importância que o enfermeiro tem frente ao paciente durante a luta contra a doença. Da mesma forma observou-se a importância da espiritualidade e da religiosidade, sendo importantes mecanismos de enfrentamento da doença, vindo somar de maneira positiva, mantendo a esperança e a fé na luta contra o câncer.

Á partir dessa pesquisa pretende-se elaborar artigos para serem publicados em periódicos científicos da área, visto que o assunto é amplo não sendo possível abordá-lo de forma mais profunda nesse estudo, em função do tempo. Como sugestões de futuras pesquisas são indicados os temas com maior relevância identificados nesse estudo: 1) O abandono pelos parceiros durante o tratamento do câncer; 2) A importância das redes de apoio; 3) O câncer como grande modificador comportamental.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, Mary Anne Pasta; SIQUEIRA, Keila Zaniboni. Relação entre vivência de fatores estressantes e surgimento de câncer de mama. *Psicologia Argumento*, v. 32, n. 79, 2017. Disponível em <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20523>>. Acessado em 20/04/2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA). *Incidência de câncer no Brasil*. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp>>. Acessado em 24/05/2018.
- BRASIL. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acessado em 24/04/2018.
- CANIELES, I. M.; et al. *Rede de apoio a mulher mastectomizada*. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 4, n. 2, p. 450-458, 2014. Disponível em <<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/10790>>. Acessado em 20/04/2018.
- CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. *A necessária atenção à família do paciente oncológico*. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 54, n. 1, p. 97-102, 2008. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf>. Acessado em 18/03/2018.
- CAYANA, Ezymar Gomes, et al. "Religiosidade e Espiritualidade no Enfrentamento do Câncer: Uma Revisão Narrativa de Estudos Qualitativos." CIAIQ 2017 2 (2017). Disponível em: <<http://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1275>>. Acessado em 01/05/2018.
- FERNANDES, Regina O. *Câncer-renascendo para a vida: Um estudo sobre o comportamento humano e um pouco mais*. Simplissimo Livros Ltda, 2017. Disponível em <https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=lang_pt&id=VMA2DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=FERNANDES,+Regina+O.+C%C3%A2ncerrenascendo+para+a+vida:+Um+estudo+sobre+o+comportamento+humano+e+um+pouco+mais.+Simplissimo+Livros+Ltda,+2017&ots=NCygBamOPb&sig=CNV817U62cmPMHEz8SxdChctms#v=onepage&q=FERNANDES%20Regina%20O.%20C%C3%A2ncerrenascendo%20para%20a%20vida%3A%20Um%20estudo%20sobre%20o%20comportamento%20humano%20e%20um%20pouco%20mais.%20Simplissimo%20Livros%20Ltda%202017&f=false>. Acessado em 28/05/2018.
- FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. *Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde*. Psicologia: teoria e pesquisa, v. 26, n. 2, p. 265-272, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a08v26n2.pdf>>. Acessado em 11/05/2018.
- GIGLIO, A. del; KARNAKIS, T. *Oncogeriatría: uma abordagem multidisciplinar/coordenação*. Barueri: Manole, 2012. Disponível em

<<http://unisc.bv3.digitalpages.com.br/users/publications/9788578680213/pages/3>>. Acessado em 24/05/2018.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUERREIRO, G.A. *et al. Relação entre Espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente*. Rev. Bras. Enferm. v.64, n.1, p.53-59, 2011. Disponível em <www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a08.pdf>. Acessado em 25/04/2018.

LIMA, Julyane Felipette, *et al. Use of complementary and integrative therapies by oncology chemotherapy patients*. Avances en Enfermería, v. 33, n. 3, p. 372-380, 2015. Disponível em <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a05.pdf>>. Acessado em 14/04/2018>. Acessado em 20/04/2018.

MACHADO, J. H.; *et al. Paciente que requer cuidados paliativos: Percepção de Enfermeiras*. Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem, v.6, p.67-71, 2015.

MACIEIRA, R. D. C.; PALMA, R. R. *Psico-oncologia e cuidados paliativos. Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas*. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

MANSO, M. E. G.; *et al. O que são Cuidados Paliativos e sua importância para o portador de câncer*. Revista Portal de Divulgação, 2017. Disponível em <www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/.../668>. Acessado em 26/05/2018.

MAIA, F. E. da S.; MAIA, F. E. da S. *A família frente aos aspectos do câncer*. Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciênc. Saúde), v. 14, n. 50, p. 63-69, 2016. Disponível em <seer.uscs.edu.br > Capa > v. 14, n. 50 (2016) > Maia>. Acessado em 26/05/2018.

MALZYNER, A.; CAPONERO, R. *Câncer e Prevenção*. 1.ed. São Paulo, mg editores, 2013. Disponível em <<http://unisc.bv3.digitalpages.com.br/users/publications/9788572551076>>. Acessado em 24/05/2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MONTEIRO, C.; SIMON, B. S. *Intervenções de enfermagem aos pacientes oncológicos para o manejo da dor*. Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão, v. 8, n. 2, 2017. Disponível em <<http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/17932>>. Acessado em 27/05/2018.

OLIVEIRA, C. L. de; *et al. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 11, 2010. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/3240/324027973006/>>. Acessado em 20/04/2018.

PINTO, Ariane Costa. *A importância da espiritualidade em pacientes com câncer*. Saúde. com, v.11,n.2,2016. Disponível em <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/263>>. Acessado em 01/05/2018.

POLIT-O'HARA, D.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Tradução de Denise Sales. Porto Alegre: Artmed, 2011, 7. ed.

POTTER, Patricia. *Base psicossocial para a prática de enfermagem/terapias complementares alternativas*. In: Fundamentos de enfermagem Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, . 8 ed^a. Disponível em <https://issuu.com/elsevier_saude/docs/potter_e-sample>. Acessado em 26/04/2018

RODRIGUES, A. B.; OLIVEIRA, P. P. *Oncologia para Enfermagem*. Barueri: Manole, 2016. Disponível em <<http://unisc.bv3.digitalpages.com.br/users/publications/9788520445266>>. Acessado em 20/04/2018.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. *Enfrentamento do câncer em família*. Texto & Contexto Enfermagem, v. 20, 2011. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/714/71421163023/>>. Acessado em 20/04/2018.

SAMPAIO, A. D.; SIQUEIRA, H. C. H. de. *Influência da Espiritualidade no Tratamento do Usuário Oncológico: Olhar da Enfermagem*. Ensaios e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 20, n. 3, p. 153-160, 2016. Disponível em <<http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/view/4433/3473>>. Acessado em 01/05/2018.

SANTOS, F. S. *Cuidados Paliativos Diretrizes, Humanização e Alívio de sintomas*. In: MACIEIRA, R. de C.; PALMA, R. R.; (org.). *Psico-oncologia e Cuidados paliativos*. São Paulo: ATHENEU, 2011.p.323-330.

SETTE, C. P.; GRADVOHL, S. M. O. *Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia*. Revista de Psicologia da UNESP, v. 13, n. 2, p. 26-31, 2014. Disponível em <pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v13n2/a03.pdf>. Acessado em 22/04/2018.

SILVA, R. de C.V. da; CRUZ, E. A. da. *Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais*. 2011. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127718940024.pdf>>. Acessado em 20/04/2018.

SILVA, B. S.; COSTA, E.; PICASSO, I. G. de S.; GABRIEL, S.; ERNESTO, A.; SILVA, R. M. M. *Percepção de equipe de enfermagem sobre espiritualidade nos cuidados de final de vida*. Cogitare Enfermagem, n.º 21. Curitiba: 2016. Disponível em <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/12/47146-191964-1-PB.pdf>>. Acessado em 29/05/2018.

SILVEIRA, N. B.; *et al.* Procedimentos terapêuticos de enfermagem no contexto da dor: percepção de pacientes. *Enfermagem em Foco*, v. 7, n. 1, p. 61-65, 2016. Disponível em:<<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/669/287>>. Acessado em 01/05/2018.

WATERKEMPER, Roberta et al. *Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras*. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 31, n. 1, p. 84, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a12v31n1>>. Acessado em 20/08/2017.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Diagnóstico do câncer: refletindo sobre as mudanças psicossociais

Prezado senhor/Prezada senhora

O senhor/A senhora está sendo convidado (a) para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado: Diagnóstico do câncer: refletindo sobre as mudanças psicossociais. Esse projeto é desenvolvido por estudantes e professores do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende analisar as mudanças psicossociais que ocorrem no paciente com câncer e como se dá o enfrentamento da doença após o diagnóstico do câncer. Para que isso se concretize, o senhor/a senhora será contatado (a) pelos pesquisadores para averiguar a possibilidade de ser agendado um encontro, no qual será realizado uma entrevista semiestruturada, de forma individual respeitando sua privacidade. Será realizada a partir de questões que nortearão a entrevista, sendo usado um gravador evitando que se percam informações relatadas pelos entrevistados. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam com a lembrança de fatos ou momentos difíceis vividos pelos pacientes entrevistados. Por outro lado, se o (a) senhor (a) aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área do cuidado ao paciente com câncer poderão acontecer, tais como: o fortalecimento das relações entre a equipe e o paciente, pois serão abordadas situações vividas pelos mesmos, sendo de suma importância para o enfrentamento na luta contra a doença, e na recuperação da mesma, contribuindo também com a melhora da qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem. A compreensão das situações e fatores que possam interferir no tratamento e o impacto que a doença causa no paciente tornam-se fundamentais para que possam ser traçados planos de intervenção e cuidados individuais. Para participar dessa pesquisa o senhor/a senhora não terão nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer outra natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma

de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado (a):

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é a Prof.^a Dr.^a Enf. Aline Fernanda Fischborn, fone: 5198060744

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: _____

Data __ / __ / ____

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do responsável legal, quando for o caso

Nome e assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimento

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

- 1) Qual o significado que o diagnóstico do câncer teve em sua vida?
- 2) Você pode explicar como está sendo ou foi essa experiência?
- 3) Que modificações o câncer trouxe para sua vida (sociais, financeiras, corporais, religiosas/espirituais e emocionais)?
- 4) Você acredita que o fortalecimento da espiritualidade/religiosidade é importante nesse momento? Se sim, quais maneiras você utiliza para se fortalecer espiritualmente? E isso contribui no enfrentamento de sua doença?
- 5) Você teve contato com algum profissional enfermeiro após o diagnóstico de câncer? Quando? E ele contribui/contribuiu para o alívio de seu sofrimento?
- 6) Você tem algo para acrescentar?

APÊNDICE C**CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE INFORMAÇÕES**

A Liga de Combate ao Câncer da cidade de Vera Cruz RS, autoriza a acadêmica de Enfermagem Márcia Ritzel dos Santos, RG: 1031887035, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, a utilizar informações (nome, endereço e número de telefone) de pacientes oncológicos cadastrados nessa instituição de apoio. Essas informações serão usadas para a realização de pesquisa acadêmica referente ao Trabalho de Conclusão de Curso intitulado, “Diagnóstico do câncer: refletindo sobre as mudanças psicossociais”. O objetivo dessa pesquisa é analisar as mudanças psicossociais que ocorrem no paciente com câncer e como se dá o enfrentamento da doença após o diagnóstico do câncer. Esta autorização está sendo concedida desde que as seguintes premissas sejam respeitadas: as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto; os pesquisadores se comprometem a preservar as informações, garantindo o sigilo e a privacidade dos pacientes.

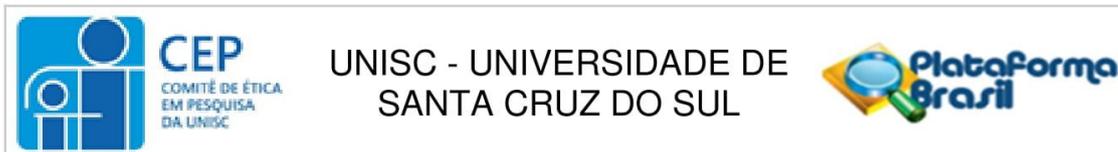
A Liga de Combate ao Câncer sente-se satisfeita por contribuir com uma pesquisa que trará resultados positivos na luta contra o Câncer.

Local e data _____

Presidente da Liga de Combate ao Câncer

APÊNDICE D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNISC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diagnóstico do câncer: refletindo sobre as mudanças psicossociais

Pesquisador: Aline Fernanda Fischborn

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88940218.1.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.660.637

Apresentação do Projeto:

Projeto em segunda versão. Porque atendidas de forma adequada e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto em segunda versão. Porque atendidas de forma adequada e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto em segunda versão. Porque atendidas de forma adequada e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto em segunda versão. Porque atendidas de forma adequada e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto em segunda versão. Porque atendidas de forma adequada e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.660.637

Recomendações:

Projeto em segunda versão. Porque atendidas de forma adequada e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em segunda versão. Porque atendidas de forma adequada e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto em segunda versão. Porque atendidas de forma adequada e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1062286.pdf	16/05/2018 19:02:01		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_atualizado.pdf	16/05/2018 19:01:33	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Outros	scanner.pdf	14/05/2018 18:25:00	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Outros	TCLE_corrigido.pdf	14/05/2018 18:22:32	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/05/2018 18:21:51	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Outros	Folha_de_rosto_corrigida.pdf	14/05/2018 18:20:51	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Outros	Folha_de_rosto.pdf	14/05/2018 18:19:54	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Outros	CRONOGRAMA_corrigido.pdf	14/05/2018 18:18:34	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	14/05/2018 18:17:02	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Outros	Untitled_20180514_172106.PDF	14/05/2018 18:15:45	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Outros	Capa_projeto_corrigida.pdf	14/05/2018 18:11:22	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Outros	Capa_projeto.pdf	14/05/2018 18:10:20	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Outros	Untitled_20180503_190839.PDF	03/05/2018 19:27:28	Aline Fernanda Fischborn	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.660.637

Outros	Untitled_20180503_190807.PDF	03/05/2018 19:26:04	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC.pdf	04/04/2018 16:14:26	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Outros	Untitled_20180403_140615.PDF	04/04/2018 16:10:12	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento.pdf	04/04/2018 16:05:49	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Orçamento	Untitled_20180403_140541.PDF	04/04/2018 16:01:48	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Cronograma	Untitled_20180403_140647.PDF	04/04/2018 16:00:46	Aline Fernanda Fischborn	Aceito
Folha de Rosto	Untitled_20180404_154118.PDF	04/04/2018 15:57:46	Aline Fernanda Fischborn	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 17 de Maio de 2018

**Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br