



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

MARIA ALVES DE MELO
PROF^a DRA LUCIANA FERNANDES DE MEDEIROS AZEVEDO

SENTIMENTOS DE MULHERES AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

NATAL/ RN

2013

MARIA ALVES DE MELO

SENTIMENTOS DE MULHERES AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

Artigo Científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito final para a conclusão da Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso – II.

Orientadora: Prof.^a Dra Luciana Fernandes de Medeiros Azevedo.

NATAL/RN

2013

RESUMO

Diante do crescente avanço do câncer no Brasil, acompanhado pela descoberta de novos casos a cada ano, que por sua vez gera sofrimento tanto para quem recebe o diagnóstico, quanto para as pessoas ao seu redor, faz-se necessário estudos, discussões e análises a cerca desse assunto, afim de auxiliar no tratamento de neoplasias. A atuação deve ser em conjunto, equipe de enfermagem, médicos e familiares num esforço recíproco, para assim diminuir o desconforto físico, emocional e social que tal doença pode causar. O objetivo desse trabalho é identificar e compreender o sentimento de mulheres portadoras de doenças neoplásicas, logo que recebem o diagnóstico. Utilizou-se como forma metodológica o levantamento bibliográfico de documentos selecionados em bancos de dados eletrônicos, como artigos e livros relacionados ao assunto. Contribuindo para pesquisa e o desenvolvimento de ações que visem um bom prognóstico e uma provável cura dessas enfermidades malignas, diminuindo o sofrimento, sensação de medo, angústia, mutilações e mortes. Observa-se que pacientes oncológicas necessitam de atenção contínua, desde o momento de recebimento da conclusão médica sobre seu estado de saúde, pois passam por uma série de sensações e medos. A equipe de enfermagem ajudará bastante, principalmente por estarem mais próximos, ouvindo suas queixas, atuando no autocuidado, ensinando formas de reabilitação da paciente e orientação à familiares. O apoio de parentes é essencial nessa hora de difícil e dolorosa fase complicada da vida.

Palavras-chave: câncer, medo, tratamento, família e enfermagem.

ABSTRACT

Face of increasing advancement of cancer in Brazil, followed by the discovery of new cases each year, which in turn generates to suffering for both those who receive the diagnosis, and for the people around you, it is necessary studies, discussions and analyzes about the subject that, ranging assist in the treatment of malignancies. The performance should be together nursing staff, physicians and family, so a joint effort to reduce the physical discomfort, emotional and social such disease can cause. By using this literature review of articles and books related. Contribute to research and the development of actions aimed at healing sore sicknesses, diminishing suffering, the feeling of fear, anguish and avoid mutilation and deaths. Observed that Patients cancer require continued attention, because from the moment of receipt of the medical conclusion about their health status, undergo a series of feelings and fears. Where the nursing staff will help a lot, mainly because it more next, listening to their complaints, acting in self-care, teaching ways to reduce the discomfort caused during treatment, preparing the rehabilitation patient and guidance to families. Support from relatives is essential in these difficult hours of complicated and painful phase of life.

Keywords: Cancer; Fear; Treatment; Family and nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVO GERAL.....	10
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1 Surgimento do câncer: um pouco de história.....	11
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	14
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
5.1 Um caso da vida real, relatado por uma sobrevivente de câncer.....	14
6 CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

1 INTRODUÇÃO

O câncer se caracteriza por um conjunto de células que têm em comum o crescimento desordenado e que invadem os tecidos e órgãos originando tumores malignos. Quando atacam inicialmente as células da derme e mucosas são denominadas carcinomas. Quando acometem os ossos, cartilagens e músculos denominam-se sarcomas. (BRASIL, 2012)

Outro critério de caracterização de formas neoplásicas, utilizado pelo órgão acima citado, é a velocidade de crescimento, multiplicação anormal e habilidade na capacidade de invadir tecidos vizinhos, isto é, metástase. Esse processo cancerígeno pode ocorrer por fatores internos como a pré-determinação genética ou externos, tendo como causadores fatores relacionados ao meio ambiente, hábitos e costumes inerentes à sociedade da qual é parte integrante.

A prevenção para vários tipos de câncer está baseada numa dieta equilibrada, rica em fibras, frutas, verduras e leguminosas, pobre em gordura animal. É recomendada a prática de atividades físicas. Orienta-se o uso de preservativos para se evitar o contágio por doenças sexualmente transmissíveis, causadas pelos vírus HPV e HIV. O tabagismo, alcoolismo, obesidade, radiação ionizante, benzeno (encontrado na fumaça de cigarros, gasolina) e exposição excessiva à radiação solar, propiciam o surgimento de células modificadas. Fatores de risco como a hereditariedade, a quimioterapia e o uso de drogas imunossupressoras, estão associados à causa de diversos processos cancerígenos. (BRASIL, 2012)

Conforme os dados do Instituto Nacional de Câncer (2012), a indicação do seu tratamento dependerá do tipo de célula acometida, tipo de câncer, estágio ou grau de evolução da doença, localização e área de extensão, se é inicial ou recorrente, idade do paciente, condições clínicas, das alterações funcionais que o tratamento pode provocar, sexo, desejo de ter filhos no caso de câncer de colo de útero. Pode ser apenas um tratamento paliativo, para alívio e melhor sobrevivência do paciente, dependendo da extensão do tumor.

O tratamento consiste em quimioterapia, radioterapia, bioterapia, hormonoterapia, cirurgia, implante de prótese (endoprótese), transplante de medula óssea. Podem ser

realizados isolados ou associados. E a complementação que depende de investigação para avaliar a presença ou a possibilidade de disseminação para outros órgãos. (BRASIL, 2012)

O diagnóstico de câncer até hoje é social e culturalmente sinônimo de morte iminente. Segundo Vidal (2010), discorreu sobre o câncer como sendo uma doença crônica que constitui um problema de saúde pública. Onde para as mulheres, receber o resultado de ser portadora de câncer, por representarem símbolo de beleza e feminilidade, implica numa série de transformações tanto corporais quanto psicossociais, algo que muda a sua forma de ver e sentir agora observadas com maior profundidade. Consequentemente essas modificações afetam as relações familiares e a sua adaptação à nova situação torna-se complicada.

Vidal (2010), afirma também que o recebimento de diagnóstico positivo gera um misto de sensações, sentimentos de impotência, fracasso e medo, mudanças estéticas, como queda de cabelo, emagrecimento, retirada de partes do corpo e os efeitos colaterais causados por quimioterápicos e técnicas terapêuticas utilizadas no decorrer do tratamento.

Em seus estudos, Linard (2002) relata que o câncer está estigmatizado, preso, ligado ao preconceito, a discriminação e a rejeição social. Essas representações sociais e culturais sobre o câncer pode impedir o diagnóstico precoce. Mesmo na atualidade, o conceito da doença está intimamente relacionado à ideia de morte.

Segundo Oliveira, Fernandes e Galvão (2005), o não comparecimento das pacientes às unidades de saúde, pelo desconhecimento da doença ou da importância de exames que detectem com exatidão o tipo de patologia, grau de incidência e gravidade, dificultam o processo de cura. Assim como, a falta de tratamento, a interrupção ou o abandono acentuam essa dificuldade e funcionam como barreiras impeditivas do diagnóstico precoce.

Além disso, segundo o autor supracitado, o tempo e o espaço são motivos pelos quais as pessoas deixam de se cuidar, adiam, protelam o início de tratamento, devido a distância de suas residências, dificuldades financeiras, demora entre as consultas e marcação de exames, inexistência de pessoas que fiquem com seus filhos enquanto permanecem em ambiente hospitalar realizando o processo terapêutico.

Todavia, segundo Oliveira, Fernandes e Galvão (2005) o motivo principal dessa falta de cuidados, do cliente oncológico, e esse distanciamento como meio de fuga, são originadas pelo fator emocional, caracterizadas pelo medo e angústia desencadeados no

momento da notícia. Torna-se um entrave, que pode gerar um conflito de sensações e afastar o paciente do médico e consequentemente do tratamento.

Potter e Perry (2009) referem-se à inversão de papéis no âmbito familiar. Ao se receber o diagnóstico de câncer, o adulto experimenta mudanças significativas em suas famílias, em que o pai se torna filho e o filho se torna pai. No caso da mulher o cônjuge, irmão ou avô necessitam assumir responsabilidades no trabalho para obter renda adicional para a família ou assumir responsabilidades com os cuidados da paciente com câncer. Em muitos casos, a família se desfaz quando há divórcio, devido a mudanças em relação à sexualidade, intimidade e fertilidade vivenciadas no casamento durante a evolução patológica.

Segundo os estudos de Oliveira, Fernandes e Galvão (2005), o momento da notícia positiva sobre o câncer, representa um instante conflitante para as mulheres com a neoplasia. Uma situação ameaçadora na qual se notava no semblante das investigadas, expressões e reações diversas representados por choro, tristeza e pavor. Revelação que tem efeito devastador, ligado à ideia de morte, medo de mutilações e desfiguramento provocados por alguns tipos de tratamento.

Dentre essa variação de sentimentos, Silva, Aquino e Santos (2008) consideram que o pensamento suicida pode surgir, e ser aflorado, pela ativação de distorções cognitivas, causando distúrbios psicológicos relacionados à morte, caracterizado por distorção de acontecimentos, intensificados pela depressão e sensação de impotência, representados pelo resultado.

Vidal (2010) reafirma ser um momento impactante. Onde o paciente recebe a notícia de câncer com dificuldade na elaboração de sentimentos, que variam de acordo com os recursos do cliente, sua idade, dinâmica familiar, entre outros critérios sociais. São circunstâncias expressas por acometimento da doença: Expressões de raiva, medo, culpa, ressentimento e revolta, pela sensação de incerteza de futuro.

Conforme Oliveira, Fernandes e Galvão (2005), de fato esse instante de conhecimento de se estar com câncer é terrivelmente doloroso. Os pacientes com os quais tiveram contato representaram esse período como árduo, onde passaram e viveram sentimentos de medo e autoquestionamento.

Silva, Aquino e Santos (2008) afirmam em seus estudos que tais sentimentos vividos são demonstrados pelos pacientes em reações como medo, ora do tratamento, ora da morte, assim como sentimentos de tristeza e depressão. Momentaneamente vivenciaram pensamentos de finitude relacionados à morte, pensamentos religiosos, dúvida sobre a doença e ainda o pensamento suicida e sentimentos de autolamentação (a pessoa sente dó de si mesma).

Considera-se uma doença crônica aquela em que o estado de doença persiste por mais de seis meses com oscilações entre funcionamento máximo e recaídas graves podendo ser letais, à exemplo do câncer. Quando diagnosticada ou descoberta precocemente, é passível de ser controlada e até mesmo curada. (POTTER e PERRY, 2009)

Para Silva, Aquino e Santos (2008), o diagnóstico ainda representa proximidade com a morte. Tal cognição pode refletir de forma direta no estado emocional do paciente, podendo influenciar negativamente no processo de tratamento dificultando seu êxito.

Segundo Oleiniczak et al (2011), a fé e a religiosidade têm influência positiva com relação a aceitação da doença e estão intimamente relacionadas a uma boa percepção diante do diagnóstico de câncer. Pacientes envolvidos pela função divina, frequentam templos e são engajados em movimentos religiosos, reagem de forma natural, se apoiam na crença para melhor enfrentar o processo de adoecimento, problemas recorrentes e adequação ao tratamento. Isso pode fortalecer suas estruturas, minimizar incertezas, dores e conflitos gerados pela patologia.

De acordo com os dados obtidos pelo BRASIL (2012), o número de casos novos de câncer vem crescendo gradativamente, atingindo principalmente a população de baixa renda ou baixo poder aquisitivo. No Brasil estima-se a incidência de 518.510 mil casos novos de cânceres, sendo um total de 257.270 no sexo masculino onde os tipos mais incidentes serão de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago. Em relação ao sexo feminino os tipos mais incidentes de cânceres provavelmente serão de pele não melanoma, mama, colo de útero, cólon e reto e glândulas tireoide, totalizando 260.640 mil casos novos.

Considera-se de grande importância que se torne compreensível, aceitável e reconhecido pelos enfermeiros o estado em que se encontra o doente nesse período

conflitante, do diagnóstico ao início do tratamento. Segundo Potter e Perry (2009), o enfermeiro deve conhecer sobre a doença, possíveis sintomas e intercorrências dela para que possa entender as mudanças de autoconceito que ocorrem em meio a esta fase turbulenta de transformações no próprio cliente e na família. Consequentemente, saber desempenhar suas atividades de gerenciamento de equipe, coordenando procedimentos de forma padronizada e técnica, orientando e ensinando o autocuidado, entre outras funções que requeiram suas habilidades. Bem como, poder propôr ações, intervenções visando a promoção, planejamento de planos de cuidado individualizados, propiciando melhor sobrevida e bem-estar ao paciente oncológico, abrangendo familiares e cuidadores.

Perante o aumento significativo de novos casos de cânceres no sexo feminino, surgiu a questão norteadora dessa pesquisa: Quais os sentimentos e emoções de mulheres ao receberem o diagnóstico positivo de câncer?

Justifica-se o presente estudo para que se torne compreensível e reconhecida a verdadeira situação em que se encontra a mulher portadora de doença oncológica. Suas emoções, angústias e apreensões diante do momento de recebimento da notícia de se ter câncer, para que com tais informações se possam traçar planos de cuidados, ações e intervenções de enfermagem que propiciem melhor sobrevida para as pacientes.

2 OBJETIVO GERAL

- Identificar e compreender os sentimentos e emoções de mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Surgimento do câncer: um pouco de história

Tem-se conhecimento da existência de tal patologia oncológica desde tempos muito remotos. Hart (2008), comenta que Hipócrates de Cós “o pai da medicina” (400a.c) designou o termo câncer, do latim, utilizando a palavra *karkino* para denominar um tipo de tumor que afetava a região do tecido mamário, onde se expandia produzindo projeções e vasos sanguíneos ao seu redor semelhantes as extremidades do animal aquático.

Robbins e Cotran (2005) reforçam essa tese quando mencionam que a denominação de câncer teve suas origens no período da Antiguidade, onde o signo (câncer) utilizado significava literalmente, em português, “caranguejo” justamente pela forma pela qual a doença se agrega a várias partes do organismo obstinadamente, assemelhando-se a maneira em que o crustáceo se agarra ao seu objeto. Consequentemente, o então termo originou-se do latim (onco- tumor), oncologia é o estudo do desenvolvimento tumoral ou neoplasmas. A denominação conhecida por câncer, passou a designar todos os tipos de tumores malignos.

Os autores acima citados, mencionam em sua obra que a definição mais aproximada fora formulada pelo oncologista britânico Willis, em que neoplasma seria um crescimento de uma massa anormal de tecido, cujo o desenvolvimento era desordenado e ultrapassava o limite, comparado aos tecidos normais, persistindo mesmo após a interrupção dos estímulos desencadeadores de tais mudanças.

Reiterando suas afirmações, Robbins e Cotran (2005) dizem que a persistência de tumores resultam de alterações genéticas desde a sua formação, tais alterações permitem a proliferação excessiva e desregulada dessas células anormais, que logo se torna autônoma dos estímulos fisiológicos do crescimento, mesmo sendo dependentes do hospedeiro, para sua nutrição e aporte sanguíneo.

Por conseguinte, desde a Antiguidade, o câncer tem sido encarado como uma doença terminal, uma patologia avassaladora, causadora de apreensão, solidão, afastamento e estigmas que persiste até o nosso tempo. Nesse contexto, verificou se a

necessidade de apoio psicológico para pacientes com câncer. Há uma série de pesquisas científicas, que se intensificaram na década de 70.

Carvalho (2002) apud Hart (2008) coloca que houve a agregação do psicólogo à equipe médica, visando um atendimento acolhedor, que considera o paciente um ser físico, social e psicológico. Oficializou-se a atuação desse profissional na área da saúde, pela Associação Americana de Psicologia da Saúde, com os objetivos de prevenção, promoção, manutenção da saúde, além de estudos etiológicos e de diagnósticos.

Segundo Hart (2008) ainda na década de 1970, a psiquiatra suíça, radicada nos EUA, Elizabeth Kubler-Ross, desenvolveu estudos sobre a patologia. Relacionando-a sob a forma de doença crônica terminal, considerando seus estágios de evolução, como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Afonso e Mynaio (2013) realizaram uma releitura da obra de Elizabeth Kubler-Ross. Desde cedo ela se interessou pelos assuntos relacionados à morte e ao morrer. Durante a segunda guerra mundial, na Polônia e na Rússia, ajudou aos necessitados prestando assistência em primeiros socorros. Na Alemanha, vivenciou o holocausto. Após casar-se com um norte americano, mudou-se para Nova Iorque, passou a atender num hospital de emergência, se identificando com a solidão e o desespero dos pacientes que compartilhavam com a autora seus sentimentos e histórias, mesmo com toda a dificuldade no idioma diferente.

Em 1969, Elizabeth Kubler-Ross publicou seu primeiro livro, intitulado “On death and dying”, com o qual foi reconhecida mundialmente como especialista no assunto tabu para a sociedade ocidental. Abordava os cinco estágios em que os pacientes acometidos por uma doença fatal ou sofriam de algo que ameaçasse suas vidas passavam. Descreveu também situações ocorridas entre a equipe, o paciente, seus familiares e entre os próprios profissionais, considerando que o conhecimento teórico de nada valia se não atuassem com o coração e a alma. (AFONSO e MYNAIO, 2013)

Merísio, Giotti e Chiaratti (2013), fazem menção aos cinco estágios que o paciente apresenta em sua fase final: Negação, há o reconhecimento que está com a doença, porém recusa-se a aceitá-la. Raiva, o paciente sente frustração e tenta reagir agredindo a equipe, amigos, família e revolta-se contra o tratamento. Barganha, fase em que o paciente tenta negociar sua cura. Depressão, o cliente apresenta sinais de depressão, desespero, ideação

suicida, como reação aos efeitos da doença quer antecipar o fim. Aceitação, estágio de percepção de que a morte é inevitável.

Já na década de 1980, Hart (2008) afirma que os profissionais brasileiros instigados pelos avanços da psicooncologia internacional, mostraram grande interesse pelo assunto, criando centros de atendimento psicossocial em grandes metrópoles do país, visando a divulgação dos conhecimentos sobre o câncer. O objetivo era atender o paciente e familiares, além de promover o treinamento de profissionais voltados aos cuidados para com o paciente portador de câncer.

Hart (2008) cita ainda, a importância da participação do profissional de psicologia no momento do recebimento do diagnóstico de câncer, que pode ser estressante, desconfortável, doloroso, gerador de submissão à procedimentos invasivos, como a introdução de cateteres, muitas vezes apenas com a permissão da família, medo de comunicação de recidivas e a conscientização do estado de terminalidade.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O estudo em questão trata-se de uma pesquisa bibliográfica e exploratória, elaborada a partir de material literário já publicado, em que foi realizada uma busca nas bases de dados BVS, SCIELO e MEDLINE e livros. Realizou-se o cruzamento entre os descritores: câncer, sentimento, medo, tratamento, família e enfermagem.

A população alvo dessa pesquisa bibliográfica foi constituída por 2 livros publicados, extraídos de bases de dados virtuais inseridos pela Google livros. Incluindo-se 2 livros impressos pela editora brasileira Elsevier. Assim como, 7 artigos publicados nas bases de dados virtuais. No período compreendido entre os anos de 2009 e 2013.

Foi utilizado como critério de inclusão a seleção de informações relevantes contidas em artigos retirados de bases de dados eletrônicos fornecidos pela internet e livros que tinham relação com o assunto. Excluindo-se o material não interligado à temática câncer ou pouco direcionados, para que se aproximassem da realidade intencionada pela pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em conformidade com o que foi resgatado pelo estudo em questão. Oliveira, Fernandes e Galvão (2005), verificaram que a escolaridade e a dificuldade socioeconômicas atuam como facilitadores ou barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde. A falta de conhecimento sobre a importância de se procurar realizar exames está relacionada a pessoas de baixo poder aquisitivo.

De fato as pessoas com pouco tempo de educação formal, por medo, vergonha ou proibição do marido não procuram a prevenção. Esta falta de informações dificulta bastante a viabilização aos serviços de saúde, que é bastante deficitário. Por conseguinte, poderiam ser melhores ofertados à população, de forma mais humanizada, universal e integral como preconizam os princípios do Sistema Único de Saúde. Consequentemente a demora desses diagnósticos, dificultando ainda mais o tratamento de doenças que poderiam ser conhecidas e tratadas precocemente, colaborando para um bom prognóstico, evitando-se o perigo de recidivas e promovendo uma melhor sobrevida ou até mesmo a cura.

Para Linard (2005) e Oleiniczak et al (2011), o aspecto religioso serve como suporte para o convívio com a doença, propiciando equilíbrio perante as diversidades que são acometidas ao longo da evolução patológica. Linard (2005) e Vidal (2010) afirmam que o câncer é uma doença estigmatizada, que gera preconceito, discriminação e rejeição social.

Silva, Aquino e Santos (2005) comentam que quando os pacientes recebem o diagnóstico de câncer apresentam sentimentos de tristeza, medo da morte, depressão e auto-lamentação. Apresentam ainda pensamentos suicidas, apesar dos avanços na medicina com relação ao tratamento do câncer.

Oliveira, Fernandes e Galvão (2005) citam ainda o sofrimento de pacientes em ouvir o diagnóstico da doença, demonstrando reações diversas como choro, tristeza e pavor na iminência do câncer. Vidal (2010) afirma o relato de sentimentos de impotência, medo e fracasso durante o processo, causados pelos efeitos colaterais decorrentes do tratamento.

Em concordância com o que foi proposto pelo estudo em questão há um relato de caso, envolvendo a descrição de pensamentos, emoções e reações ocorridas com uma

sobrevivente de câncer vascular. Com o objetivo de auxiliar, confortar, orientar e levantar a autoestima de mulheres com câncer, mostrando que é possível sobreviver, tratar e curar-se, com a ajuda de profissionais certos, apoio familiar e força de vontade.

5.1 Um caso da vida real, relatado por uma sobrevivente de câncer

Um relato da vida real de uma fotógrafa e atriz norte americana chamada Kriss Carr (31 anos), escreveu sobre a catástrofe que se abateu ao receber o diagnóstico de câncer. Resolveu registrar todos os momentos desde o instante de agonia, reunindo fotos e fatos, ocorridos consigo, depoimentos de outras mulheres portadoras de câncer, sentimentos de sua família, amigos e do contato com diversos médicos de diversas opiniões relativas ao assunto.

Elaborou um guia prático relacionando melhores médicos, tratamentos, hospitais, orientações de como dividir as tarefas no seio familiar, como lidar com trâmites burocráticos relativos a planos de saúde, lições de encorajamento, dicas de beleza, bem-estar, bom humor e estímulo, ensinando a conviver com a doença.

Segundo Carr (2008), seu corpo começou a dar sinais de que algo estava errado quando sentiu sonolência, exaustão, cansaço, precisando de cuidados gerais correspondentes à alimentação, exercícios corporais, mentais, incluindo desintoxicação alcoólica.

Procurou um médico, realizou exames, recebendo o diagnóstico positivo de câncer, concluindo que a superfície do fígado estava recoberta por tumores. Relata que nesse momento seu coração “parou”, permaneceu em estado de choque, desesperada, com uma sensação de anestesia por todo o corpo.

Nesses intervalos entre os exames e consultas, Carr (2008) vivenciou uma confusão emocional, desgastante, além de momentos de pânico e aversão às transformações corporais, em função de quimioterapia. Isso poderia destruir seus sonhos e projetos futuros. Numa dessas visitas ao hospital, Carr (2008) relata o acolhimento imparcial, frio, desolador e distante que foi recebida pela enfermeira, onde a mesma demonstrava frustração, tédio e desconforto por seu trabalho.

Mostrou também a variação na forma de atendimento médico, refletidas pelo desinteresse e pelas conversas paralelas na presença do paciente. Enquanto as sensações

acontecem na mente da pessoa mais atingida por aquele inesperado acontecimento. Finalmente, após diversas ultrassonografias, tomografias, ressonâncias magnéticas, exames sanguíneos e biópsia por agulhamento, recebeu o diagnóstico definitivo de câncer vascular(Hemangioendotelioma epitelióide).

Assim que o médico começou a dar-lhe a notícia, uma onda de náusea invadiu seu corpo, seguida da narcolepsia emocional que tomou conta do seu ser, logo elevando-se a categoria de paralisia, sensação de finitude, entrando em estado de choque e desesperança. Algum tempo depois voltou a si, tomou consciência do momento de horror, sentindo-se como se tivesse sido atropelada por um trem.

O câncer mudou a sua vida, dali em diante passou a valorizar cada momento como se fossem os únicos, resolvendo que não se entregaria à doença. Em meio à luta pela vida passou por grandes conflitos internos, situações vexatórias e preconceituosas, por vezes muita solidão. Transformações lentas se iniciaram no corpo e na mente, comparava o câncer como a um vendaval, que destrói tudo por onde passa. Paradoxalmente ser portadora dessa doença crônica a fez crescer, transpor obstáculos dantes inimagináveis.

Sentindo-se mais forte ainda apoiando-se na religiosidade, descreveu um reservado em sua casa como “espaço sagrado”, lugar de meditação, tranquilidade e força para auxiliá-la no enfrentamento do longo e doloroso processo de tratamento.

A aproximação familiar, inclusive com trocas de valores, inversão de papéis ente si. Segundo Carr (2008), seus familiares compartilharam fortes emoções estando diariamente ao seu lado, principalmente, durante a realização do tratamento. Vivenciou e participou ativamente de grupo de mulheres portadoras de câncer, trocando experiências, problemas, sinais e sintomas, sofrimentos e sentimentos em comum.

Outro método que Carr (2008) utilizou foi a fuga da realidade, ignorando seu problema, viajava para lugares estranhos, fazendo-se passar por outra pessoa, tinha a sensação de liberdade e felicidade porque ninguém sabia sua dificuldade, portanto não a olhavam com piedade ou escárnio, ou seja, aparentemente uma pessoa saudável.

6 CONCLUSÃO

A luta no combate ao câncer encontra alguns obstáculos que precisam ser transpostos. Barreiras como o desconhecimento com relação à doença, medo do abandono, aversão a modificações estéticas causadas pelo câncer, foram observadas e descritas nesse estudo.

O enfermeiro desempenha papel de importância inestimável, pois faz a ligação entre doente e equipe de profissionais multidisciplinares, da qual faz parte. Através do registro de dados e observações da evolução do quadro clínico da paciente, reconhecendo seus sinais, sintomas e desconfortos apresentados no transcorrer do processo terapêutico, orientam-na à não desistência do tratamento.

A religiosidade, coadjuvante no êxito e andamento do processo curativo, funciona como apoio psicológico e pilar de sustentação através da crença e poder divino. Pessoas relacionadas com a religião aceitam com mais facilidade que estão acometidas pela doença, o que possibilita maior adesão ao tratamento e confiança no êxito do objetivo de cura com relação à doença.

Há um longo caminho à ser trilhado. Mesmo porque, o câncer é sinônimo de morte, sofrimento, medo, grandes perdas no organismo doente, gerando dor e desespero, fazendo com que muitas mulheres se afastem de tudo que signifique vida. Consequentemente podem deixar de se precaver, através de autoexame, exames específicos preventivos ou de imagem que podem detectar precocemente seu problema, não dando chance a si mesmo ou à outrem, quem sabe esteja convivendo com a mesma dor e sofrimento semelhantes, deixando de relatar casos que poderiam ter sido discutidos, avaliados e registrados como curados, serviriam de modelos de incentivo, diminuindo as estatísticas de novos casos de cânceres femininos.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Selene Beviláqua Chaves e MYNAIO, Maria Cecília de Souza. Ciênc.Saúde Coletiva. **Uma releitura da obra de Elizabeth Kubler-Ross**. 2013. Scielo Brasil.vol.18,n.9.pp.2729-2732.ISSN1413-8123.<http://dx.doi.org/10.1590/51413-8123201300900028>

BRASIL. **Instituto Nacional de Câncer**. Disponível em < <http://www.inca.gov.br> > acesso em 26 Out 2012.

CARR, Kriss. **Câncer e agora? Como lutar contra a doença sem deixar a vida de lado**. Tradução: Beatriz Velloso.São Paulo.Globo.2008. Disponível em WWW.Googlelivros.com.br acesso em 03 Set 2013.

HART, Carla fabiane Maier. **Câncer uma abordagem psicológica**. Porto Alegre.RS. AGE, 2008. Disponível em < WWW.Googlelivros.com.br > acesso em 03 Set 2013.

LINARD, Andrea Gomes et al. **Mulheres submetidas a tratamento de câncer de colo uterino-percepção de como enfrentam a realidade**. Rev. Bras. Cancerologia. V.48, n.4, p.493-498, 2002.

MERÍSIO, Aline; GIOTT, Cheila Cristina e CHIARATTI, Fernanda Germani. **Uma visão das mulheres da sociedade referente à prevenção e cuidados tomados em relação ao câncer de mama**. Rev. Bras. Disponível em www.psicologia.pt.ISSN.1646-6977.2013 acesso em 29 Nov 2013.

OLEINICZAK, Elisângela et al. **O impacto ao diagnóstico de câncer na voz de pacientes**. Rev. Enf. UFPE on line, 2011. Disponível em < [http: Revista. UFPE. BR/ revistaenfermagem/ index.php/ revista/ article/.../3223](http://Revista.UFPE.BR/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../3223) >

OLIVEIRA, Mariza Silva de; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho e GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz. **Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cervico-uterino**. Acta Paul Enfermagem, 2005; v. 18, n. 2, p. 150-5.

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. Ed. Elsevier. 7 ed. Rio de Janeiro, 2009.

ROBBINS, Stanley L; COTRAN, Ramzi S. Patologia. **Bases Patológicas das Doenças**. Ed. Elsevier. 7 ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2005.

SILVA, Shirley Souza; AQUINO, Thiago Antônio Avelar; SANTOS,Roberta Montenegro dos. **O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico**. Rev. Bras. Ter. Cogn. V. 4, n.2. Rio de Janeiro. Dez, 2012.

VIDAL, Gláucia. **Conheça os aspectos psicológicos relacionados ao diagnóstico de câncer**. Rev. Bras. 12 Jan, 2010. Disponível em < [http://WWW. Minhavida](http://WWW.Minhavidade.com.br) > acesso em: 26 Out 2012.