

KLENA COSTA CAMBUI

FATORES EMOCIONAIS ENVOLVIDOS NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER

TEÓFILO OTONI/MINAS GERAIS

2010

KLENA COSTA CAMBUI

FATORES EMOCIONAIS ENVOLVIDOS NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais para obtenção do Título de Especialista.
Orientadora: Maria Dolôres Soares Madureira

**TEÓFILO OTONI/MINAS GERAIS
2010**

KLENA COSTA CAMBUI

FATORES EMOCIONAIS ENVOLVIDOS NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais para obtenção do Título de Especialista.
Orientadora: Maria Dolôres Soares Madureira

Banca Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, ____ de _____ de 2010

Dedico essa vitória à minha avó Maria Cecília, que ao enfrentar um câncer, adoeceu o corpo, mas não a alma. E apesar de debilitada física e emocionalmente pela doença, buscou caminhos para enfrentar o problema da melhor forma possível; muniu-se de paciência e oscilou entre a esperança e a descrença, mas lutou, principalmente por nós, familiares que tanto a amávamos.

Agradeço aos meus pais e irmão pelo amor e dedicação sem limites. Aos meus familiares, ao meu namorado Rodrigo, aos meus amigos pelo constante incentivo. Em especial à minha mãe que, acreditando, renunciou a muitos de seus sonhos em favor dos meus e que continua a acreditar que posso ser mais do que sonhei. E à minha avó Maria Cecília que sempre vibrou com as minhas vitórias e almejou a realização dos meus sonhos, e apesar de levada por Deus continua a viver em meu coração.

“Os verdadeiros vencedores na vida são pessoas que olham para cada situação com a esperança de poder resolvê-la ou melhorá-la”.

(Barbara Pletcher)

RESUMO

Este trabalho foi inspirado na necessidade de identificar na literatura os sentimentos, reações e necessidades emocionais mais presentes no enfrentamento ao câncer. O objetivo deste estudo foi identificar na literatura as principais reações emocionais, sentimentos e necessidades emocionais relacionados aos indivíduos que enfrentam um câncer e de produzir informações que favoreçam o cuidado ao doente, uma vez que muitos profissionais de saúde, principalmente os da atenção primária, apresentam dificuldades em lidar com questões emocionais vivenciadas pelo paciente. Isso se torna prejudicial para a interação e vínculo do profissional com o doente e sua família, além de comprometer a possibilidade de evitar e/ou tratar com eficiência as complicações físicas e/ou psicológicas oriundas do diagnóstico da doença ou do próprio tratamento na atenção especializada. A revisão de literatura mostrou que a pessoa acometida por câncer geralmente manifesta várias reações e vivencia diversos sentimentos no enfrentamento do mesmo. Entre essas reações e esses sentimentos, destacamos neste estudo regressão e negação, aceitação e rejeição, intelectualização e minimização, ansiedade, medo, estresse, raiva, tristeza e depressão. Além disso, considerando que os fatores da esfera da “psique” possam interferir no prognóstico do câncer, a postura do profissional de saúde ao acompanhar o paciente pode influenciar de forma direta no enfrentamento e combate a doença.

Palavras chave: Câncer, Sentimentos, Necessidades Emocionais, Sistema de Apóio.

ABSTRACT

This research was motivated by the need of identifying in the literature the most common feelings, reactions and emotional needs while dealing with cancer. The aim of this study was to provide information that would help with the patient care, once a lot of health professionals, usually those related with primary care, demonstrate difficulties when dealing with the emotional side of the patient. It affects negatively the interaction with the patient and his/her family as well as the possibility of avoiding and/or treating with efficiency physical and/or psychological complications that come up with the disease diagnosis or with the treatment. Besides that, considering that the factors related to can interfere on cancer prognosis, the professional behavior when accompanying the patient may positively affect how the patient will deal and combat the disease.

Key words: cancer, feelings, emotional needs, support system

SUMÁRIO

1. Introdução	09
2. Objetivos	12
2.1. Objetivo geral.....	12
2.2. Objetivos específicos.....	12
3. Procedimentos Metodológicos	13
4. Câncer e Enfrentamento	14
4.1. O câncer e seu estigma.....	14
4.2. Fases do adoecimento.....	16
4.2.1. Processo de diagnóstico ou fase anterior ao diagnóstico.....	16
4.2.2. Diagnóstico.....	17
4.2.3. Tratamento.....	18
4.2.4. Reabilitação.....	18
5. Saúde Emocional e Sofrimento Emocional	20
6. Reações e Sentimentos Envolvidos no Enfrentamento do Câncer	22
6.1. Regressão e negação.....	22
6.2. Aceitação e rejeição.....	22
6.3. Intelectualização e minimização.....	22
6.4. Ansiedade.....	23
6.5. Medo.....	24
6.6. Estresse.....	25
6.7. Raiva.....	26
6.8. Tristeza.....	27
6.9. Depressão.....	27
7. O Poder das Palavras e a Iatrogenia	29
8. Considerações Finais	30
9. Referências	31

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde da Família (USF) deve configurar-se como primeiro contato do usuário com o sistema de saúde; deve organizar-se de modo a atender aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (OHARA; SAITO, 2008). Um desses princípios refere-se à integralidade, ou seja, o serviço deve ser capaz de resolver os problemas das pessoas, desde os mais simples, até os mais complexos, utilizando-se de serviços de referência e contra-referência. Dessa forma, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem atuar realizando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Um dos agravos que tem tido grande repercussão na vida das famílias acompanhadas por essas equipes, é o câncer, isso pelo aumento de sua incidência e/ou detecção mais fácil e pela ainda elevada mortalidade.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), os tumores malignos são uma importante causa de doença e morte no Brasil. Desde 2003, as neoplasias malignas constituem-se na segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade (INCA, 2010).

Houve um tempo em que o câncer era inevitavelmente fatal. Essa realidade fez com que as pessoas desenvolvessem medos intensos em relação a essa doença. Mesmo hoje, com os avanços tecnológicos que permitem sua detecção mais rápida e tratamento mais eficiente, o câncer é extremamente temido e fortemente associado à morte.

Nos dias atuais, o adoecer de câncer tem sido uma situação vivenciada por muitos e é causadora de danos físicos e emocionais, pois além de submeter-se a procedimentos médicos geralmente agressivos, o indivíduo tem sua vida transformada pela presença da doença. Desde a fase do diagnóstico até o fim do tratamento o indivíduo tende a vivenciar o medo da morte; o medo dos tratamentos, de uma mutilação e de sentir dor. Esse sentimento geralmente suscita angústia, ansiedade, estresse e/ou depressão.

Esses estados emocionais possivelmente podem ter consequências importantes, como o afastamento do diagnóstico precoce ou a não adesão aos tratamentos. É sabido que o modo como cada pessoa relaciona-se com o câncer é único e depende por exemplo, da percepção da doença, do suporte familiar e social, dos traços de

personalidade e dos recursos de enfrentamento, mas muitas pessoas costumam experimentar sentimentos e situações semelhantes ao ver-se doente.

O impacto de se saber portador de câncer é difícil e as etapas que se seguem após o diagnóstico também, mas a informação criteriosa e adequada dada de forma humanizada pelo profissional de saúde pode tornar esse momento mais fácil para o indivíduo doente, pois diminui a desconfiança e as idéias distorcidas. E a transmissão clara de conhecimentos à família, provavelmente lhes permite assumir com segurança o apoio emocional e técnico a função de cuidadores.

A demanda de um atendimento humanizado e especializado vem exigindo que os profissionais de saúde aperfeiçoem-se e complementem seus conhecimentos visando melhorar sua atuação em saúde através da adoção de uma visão holística do cliente. Inclusive, o Ministério da Saúde (MS), para melhorar o acompanhamento do doente e sua família, determinou a presença obrigatória de profissionais especialistas em psicologia clínica nos centros de atendimento de oncologia cadastrados no SUS. No que se refere ao apoio psicológico às pessoas, uma importante área de atuação tem sido desenvolvida nos últimos anos, trata-se da Psico-oncologia, que é uma área voltada ao estudo do impacto do câncer em seu aspecto psicológico (SIMONGINI, 2005).

Muitos profissionais da saúde, principalmente os da atenção primária, têm dificuldades em lidar com os sentimentos e reações do usuário com câncer após seu retorno da atenção secundária ou terciária. Isso pode prejudicar a interação e vínculo do profissional com o doente e sua família e provavelmente afastar a possibilidade de evitar e/ou tratar com eficiência as complicações físicas e/ou psicológicas oriundas da descoberta da doença ou do próprio tratamento na atenção mais especializada.

Alguns autores acreditam que os fatores da “esfera da psique” podem influenciar na progressão do câncer. Baseado nisso, o presente trabalho refere-se ao levantamento de literatura sobre o câncer e os fatores emocionais envolvidos no enfrentamento da doença, com a finalidade de produzir informações que favoreçam o cuidado de pessoas com câncer, através da identificação de suas principais necessidades emocionais (SILVA, 2008).

Considerando que fatores da psique possam interferir no prognóstico do câncer, a postura do profissional de saúde ao acompanhar o cliente doente pode influenciar de forma direta ou indireta no enfrentamento da doença.

O cuidar em saúde necessita resgatar a essência do que significa cuidado, devendo ser desenvolvido de forma multidimensional, envolvendo, inclusive, a

habilidade de reconhecer a pessoa que necessita desses cuidados como um ser integral. O cuidado precisa caracterizar-se como atitude, um modo-de-ser e não apenas tarefa que ocorre em determinado momento. Constituindo-se um modo-de-ser, o cuidado se traduz em fenômeno ontológico-existencial básico e, fazendo parte da natureza e da constituição do ser humano, revela sua maneira concreta de ser-no-mundo-com-os-outros (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007, p. 1).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Identificar na literatura as principais reações emocionais, sentimentos e necessidades emocionais relacionados aos indivíduos que enfrentam um câncer.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar as principais necessidades emocionais da pessoa com câncer.
- Produzir informações que favoreçam o cuidar de pessoas com câncer.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização deste estudo, optou-se por realizar uma revisão narrativa em base de dados da coleção Scientific Electronic Library Online (SCIELO) entre os anos de 2000 a 2010, utilizando as palavras-chave: câncer, sentimentos, necessidades emocionais e sistema de apoio. Inicialmente procedeu-se à busca das palavras-chave considerando os artigos com texto completo, em português, que apresentavam uma das palavras-chave, publicados no período mencionado. Tal consulta deu-se no período julho de 2007 a novembro de 2010.

Foram utilizados também, livros, manuais e artigos com embasamento científico encontrados em outras fontes.

Após a seleção e fichamento do material, que permitiu reunir as informações necessárias e análise das mesmas sobre o tema, procedeu-se à elaboração textual trabalhando as idéias dos autores e a vivência da autora em saúde da família.

4. CÂNCER E ENFRENTAMENTO

4.1 O Câncer e seu Estigma

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (INCA, 2010).

O câncer após causar crescimento desenfreado de alguma pequena parte do corpo desencadeia a formação de um caroço ou tumor.

Guimarães *et al.*, (2002, p.91) consideram que:

Normalmente, o crescimento de qualquer parte do corpo é regulado para encontrar suas necessidades. Quando alguma parte está injuriada, as células (minúsculas estruturas vivas), das quais ela é composta, multiplicam-se até que a injúria sare; mas o processo todo é controlado. Na condição do câncer, por alguma razão, um grupo de células começa a se multiplicar anormalmente, e continua assim, desordenando o funcionamento normal do organismo. Às vezes, grupos dessas células podem ser levados para outras partes do corpo, através do sangue, aí se formam novos tumores. Se o processo não for controlado, algum órgão vital ficará eventualmente tão desordenado que não será possível que a pessoa continue viva.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2007), no Brasil, as estimativa para o ano de 2010, que serão válidas também para o ano de 2011, apontam para ocorrência de 489.270 casos novos de câncer; 236.240 previstos para o sexo masculino e 253.030 para o sexo feminino.

Os riscos para uma doença entendem-se pela

probabilidade de um evento indesejado ocorrer. Do ponto de vista epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que um indivíduo sem certa doença, mas expostos a determinados fatores, adquiram esta moléstia. Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados fatores de risco (INCA, 2007).

Os fatores de risco para câncer, considerados evitáveis, são os que se referem às variáveis ambientais. Diversos fatores têm sido reconhecidos quanto ao desenvolvimento de neoplasias, como o tabagismo, ingestão crônica de bebidas alcoólicas, excesso de

exposição ao sol, alguns agentes químicos, infecção causada por certos tipos de papiloma vírus humano, o uso crônico de estrógeno e outros (INCA, 2009).

O adoecer de câncer tem sido uma situação vivenciada por muitos e causadora de muito sofrimento e angústia, pois se trata de uma doença crônica que pode ter efeitos deletérios sobre o corpo e a mente.

O estigma do câncer, portanto, está relacionado ao sofrimento, sentença de morte, dor, mutilação, deformação, desfiguração, apreensão com a auto-imagem, contágio, perda da estima, perda do atrativo sexual, medo da morte, perda da capacidade produtiva (ANGERAMI, 1992 *apud* SIMONGINI *et al.*, 2005, p. 11).

As enfermidades crônicas produzem uma série de conflitos emocionais, estresse, medo, ansiedade, angústia, que vão desencadear no indivíduo tipos de mecanismos defensivos múltiplos, dentre os mais frequentes destacam-se a regressão, negação e a intelectualização (SEBASTIANE; SANTOS 1996 *apud* PIMENTEL *et al.*, 2009, p.12).

Doença crônica é considerada

como qualquer estado patológico que apresente uma ou mais das seguintes características: que seja permanente que deixe incapacidade residual, que produza alterações patológicas não reversíveis, que requeira reabilitação ou que necessite períodos longos de observação, controle e cuidados (SEBASTIANE; SANTOS 1996 *apud* PIMENTEL *et al.*, 2009 p. 12).

Gimenes (1998) destaca que significados e interpretações acerca do câncer e das situações que lhe estão associadas “interferem no processo de enfrentamento e na adaptação às diferentes fases do desenvolvimento e tratamento da doença” (GIMENES, 1998 *apud* SILVA, 2008, p.5).

4.2. Fases do adoecimento

4.2.1 Processo de Diagnóstico ou Fase Anterior ao Diagnóstico

Durante a fase de aparecimento de sintomas suspeitos de câncer o indivíduo costuma experimentar sentimentos como ansiedade, por suspeitar que algo possa estar errado com a sua saúde e ameaça sua vida. Isso pode fazer com que a pessoa tenha medo de ir ao serviço de saúde e de fazer os exames diagnósticos. E por receio de descobrir uma doença grave, muitos acabam afastando-se do diagnóstico precoce.

Paiva e Pinotti (1988) *apud* Simongini (2005) relatam que o aparecimento de sintomas gera ansiedade, no sentido de tornar evidente que algo de anormal se passa com a vida da pessoa.. Nesse momento, muitas pessoas, por medo de estar com uma doença grave se afastam do diagnóstico precoce, deixam de procurar um médico, preferem negar o problema. Muitos chegam a se automedicar, insistindo em acreditar que os reflexos de uma possível doença sejam passageiros e sem ameaças para sua vida.

Durante o processo que antecede o diagnóstico, o doente sofre de ansiedade em função dos exames em si, muitas vezes dolorosos, desconfortáveis e invasivos, bem como seus resultados que do mesmo modo, é carregado de expectativas. Nesse momento a angústia pode ser explicada pelo fato do indivíduo estar doente e ainda não saber ao certo o que tem. E a realização da biópsia representa o cume da investigação rumo ao diagnóstico. Durante a espera do resultado do exame, a pessoa passa por momentos de esperança; confiança num resultado negativo para a doença, de que ao final, tudo não passará de suspeitas infundadas e seguirá sua vida sem precisar de ajustes. E a desesperança e a preparação para um diagnóstico não favorável tendem a levar a pensamentos e sentimentos que talvez possam prejudicar o prognóstico.

Ao receber o usuário, o profissional de saúde deverá investigar não só a patologia, mas considerar o paciente como um todo: suas vivências, medos, seu relacionamento com a família e os grupos onde está inserido, possibilitando assim, neste primeiro contato profissional/paciente, a empatia, que pode promover a confiança e estabelecer uma relação segura e eficaz nas etapas que seguirão.

Essa fase inicial de estresse causada pelo medo e espera dos resultados da investigação termina no momento em que se recebe o diagnóstico.

4.2.2 Diagnóstico

Como o câncer é percebido ainda hoje como uma condenação, como um castigo, ao receber a confirmação da doença, a primeira reação tende a ser a descrença. Adota a negação como mecanismo de defesa em que não reconhece ou não aceita sua enfermidade. O indivíduo tende a ficar inquieto e apreensivo. É quando a pessoa se vê forçada a entender o diagnóstico e tem que tomar uma atitude e decisão acerca de seu tratamento.

Neste momento o profissional de saúde deve deixar o cliente à vontade para ouvir a opinião de outro profissional e/ou realizar novo exame, se a pessoa insistir na negação. Mas isso sem deixar de buscar informações sobre o cliente, pois é importante que se inicie logo o tratamento. O profissional pode ainda, tentar desmistificar mitos referentes à doença, enfatizar que ela é tratável e curável. Falar da importância de ouvir a opinião de um especialista, mas deixar claro que a equipe não deixará de acompanhá-lo. O profissional deve manter uma postura concisa, mas demonstrando sempre positividade.

Ferrão (2003) observa que a maneira como cada paciente reage ao diagnóstico de câncer depende de diversos fatores: do seu momento de vida, de suas experiências anteriores, das informações que recebeu no convívio social e do ambiente familiar e cultural em que nasceu e cresceu. E considera que a família do paciente também vivencia este momento com um sentimento de choque, incerteza e impotência (FERRÃO, 2003 *apud* SIMONGINI, 2005).

Diante do diagnóstico, os elos familiares podem ser fortalecidos ou enfraquecidos, causando ainda mais angústia e sofrimento ao doente, que já se encontra debilitado, podendo contribuir para diminuição da sua auto-estima e conseqüentemente seu auto-cuidado. Uma importante função da família, principalmente durante o enfrentamento de uma doença tão grave, é proporcionar os recursos físicos e emocionais para manter a saúde e um sistema de apoio nos momentos de crise, principalmente emocionais. Dessa forma, o profissional deve dedicar atenção também à família; seus sentimentos e reações diante da descoberta da doença do ente.

4.2.3 Tratamento

Depois da aceitação do diagnóstico de câncer, o indivíduo entra na fase de ajustamento, que envolve a mudança de hábitos e rotinas. Principalmente no início dessa fase, pode haver muita tristeza, desânimo e pensamentos negativos. Pode ocorrer somatização e aparecimento de sintomas como choro constante, perda de peso ou apetite, irritabilidade, dentre outros. Nesse momento, o amparo da família e amigos é muito importante. Os profissionais que realizam o acompanhamento têm que ser pacientes; incentivar o cliente a expressar as emoções para promover o alívio e assim melhorar sua saúde mental e física. Além de observar a forma como a família do cliente está lidando com a situação e se necessário realizar intervenções com vistas a melhorar o ânimo dessa família, fortalecer seu vínculo com o doente e assim aumentar sua confiança na obtenção da cura.

A escuta de um profissional torna-se fundamental ao paciente para ajudá-lo a elaborar pensamentos e sentimentos positivos; ouvir suas fantasias com relação à doença, orientá-lo a participar ativamente de seu tratamento e aceitar a situação, mas sem se tornar passivo, ao contrário, enfrentar a doença com realismo e consciência (FERRÃO, 2003 *apud* SIMONGINI, 2005).

4.2.4 Reabilitação

Ferrão (2003) *apud* Simongini (2005) observa que com o fim do tratamento, é colocado para o paciente o anúncio da cura, que acompanha sentimentos de ambigüidades: a felicidade vem junto com o medo, com a tristeza e com o abandono. É a fase onde os sentimentos de alegria pelo fim do tratamento misturam-se com o receio que a doença volte.

A reabilitação representa a terceira fase do período patológico descrito por Figueiredo *et al.* (2005), que relatam que o desfecho da doença pode não ser a cura completa ou a morte. Nesse caso é necessário promover medidas de reabilitação capazes de melhorar o funcionamento da parte afetada e reduzir incapacidades.

Para as duas abordagens acima, é preciso considerar a importância dos pacientes portadores de câncer submeterem-se à psicoterapia para aprender a desenvolver estratégias para enfrentar as diversas situações que poderão surgir ao longo do processo da doença, durante e após o tratamento.

Durante a reabilitação, o indivíduo pode estar com a comunicação verbal ainda prejudicada por barreiras psicológicas que talvez tenham sido criadas durante as fases que se antecederam, dessa forma, os profissionais da estratégia saúde da família devem continuar atentos a fatores de risco para transtornos mentais relacionados à somatização, como queixas inexplicáveis, distúrbios da imagem corporal, prejuízos funcionais, isolamento social e sistema de apoio familiar inadequado.

5. SAÚDE EMOCIONAL E SOFRIMENTO EMOCIONAL

O conceito de saúde emocional segundo Souza (2005) é a capacidade de termos acesso às nossas emoções, sabendo identificá-las e gerenciá-las de uma forma que componham e contribuam para nossas boas decisões e para a percepção de um bem estar geral e satisfatório de vida. É cultivar os sentimentos e emoções que nos fazem sentir bem, sem que alguém se prejudique com isso. Engloba a capacidade de uma pessoa funcionar da maneira mais confortável possível.

O indivíduo emocionalmente saudável consegue focalizar as atividades ajustadas para satisfazer suas necessidades e gerenciar os desafios e problemas. Além de aceitar a realidade e manter uma sensação positiva de si mesma (BRUNNER, 2002, p 88).

O mesmo autor enfatiza que quando as pessoas possuem necessidades e sofrimentos emocionais não satisfeitos, elas vivenciam uma sensação total de infelicidade. À medida que a tensão aumenta, sua segurança e a sobrevivência ficam ameaçadas. O modo com que diferentes pessoas respondem a essas situações problemáticas reflete seus níveis de enfrentamento e maturidade. O estresse deixa o indivíduo frágil e interfere no poder de agir de forma adequada diante de um determinado problema. E a forma de reagir ao próprio estresse, envolve frequentemente comportamentos e sentimentos que podem provocar problemas adicionais.

O termo distúrbio mental é definido como um grupo de sintomas comportamentais, ou psicológicos, ou um padrão que se manifesta com sofrimento significativo, comprometimento do funcionamento ou risco acentuado de sustentar um sofrimento intenso ou possível morte (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994 *apud* BRUNNER *et al.*, 2002).

Segundo Speranza e Tavares (2002), só podemos nos referir à saúde de uma pessoa somente se tivermos condições de avaliar suas emoções, seu nível de estresse, suas frustrações, a forma com que ela lida com as respostas que a vida lhe impõe, se ela tem ou não motivação (motivos para ação), e, principalmente, se ela continua "sonhando". As pessoas sofrem emocionalmente de diversas formas. Algumas até imperceptíveis. E, quando não conseguem exprimir com palavras suas mazelas interiores, o corpo é castigado.

Hoje a estreita relação entre as emoções e a saúde física e mental já é conhecida e os fatores como o estresse, ansiedade, preocupação, depressão, irritabilidade bloqueiam nosso potencial e prejudicam a saúde. Segundo Brunner (2002) o duplo desafio para a

equipe de saúde é compreender como as emoções do paciente influenciam as condições fisiológicas atuais e identificar o melhor tratamento para qualquer distúrbio emocional e espiritual subjacente.

6. REAÇÕES E SENTIMENTOS ENVOLVIDOS NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER

Na literatura são descritos várias reações e sentimentos vivenciados pelas pessoas no enfrentamento do câncer. Entre essas reações e esses sentimentos, destacamos neste estudo regressão e negação, aceitação e rejeição, intelectualização e minimização, ansiedade, medo, estresse, raiva, tristeza e depressão.

6.1 Regressão e Negação

Ao se saber portador de câncer, a regressão é a primeira e mais constante reação, pois o indivíduo adota um comportamento infantil, de dependência e egocentrismo. Essa reação é útil, se o cliente se deixar ajudar (VECHIA, s/d).

Segundo Sebastiane e Santos (1996) *apud* PIMENTEL; LIMA; FONSECA (2009) pode ocorrer também a negação, que é uma defesa contra a tomada de consciência da doença; a pessoa adota uma atitude negativa, recusando-se a receber ajuda e, portanto, pouco colabora com o tratamento. Após a conscientização a pessoa pode aceitar a doença e o que se segue à sua descoberta, é uma reação de forma pró ativa ou reações desesperadas e arriscadas em função da aflição de se ver sem esperanças.

6.2 Aceitação e Rejeição

A aceitação é permanente tentativa de buscar uma "convivência razoável" com a doença. Não significa uma aceitação passiva nem uma submissão à doença, mas sim que a reação depressiva provocada pela doença pode ser elaborada e controlada pelo paciente (Vechia, sd). Aqui, cabe aos profissionais de saúde acompanhar a descoberta de novos sentimentos relacionados ao enfrentamento e as possíveis reações provenientes dessa. Segundo o mesmo autor, a rejeição é quando o cliente já tomou conhecimento de sua doença, tem certeza de sua existência, mas evita falar ou realizar atividades que lembrem a enfermidade. Esse é um cliente que apresenta risco em potencial para a fuga e deverá ser muito bem avaliado pela equipe de saúde e monitorado pela família.

6.3 Intelectualização e Minimização

Ao contrário da negação, a intelectualização é o mecanismo em que o cliente investiga e procura conhecer todos os aspectos de sua enfermidade, acreditando que ao

conhecê-la melhor, esta deixe de existir. (SEBASTIANE; SANTOS, 1996 *apud* PIMENTEL; LIMA; FONSECA, 2009). Segundo Vechia (s/d) na minimização o cliente tenta diminuir a gravidade do seu problema. Nos dois casos a possível banalização da doença é fator desencadeador de demora na adesão ao tratamento. Quando o indivíduo doente pode não conseguir tomar decisões a cerca da doença, é preciso que os profissionais de saúde intensifiquem as orientações também aos familiares.

6.4 Ansiedade

Ansiedade é o nome que damos para a emoção que se segue a percepção de que estamos sob a ameaça de alguma punição. Portanto, é a emoção que antecede a perda. “Se tal perda já ocorreu, se já perdemos algo (ou alguém), o que sentimos chama-se ‘tristeza’, sentimento que está ligado à frustração” (GRAEFF; GUIMARÃES; DEAKIM, 1993, *apud* ALVES; CORASSA, 2000, p. 2).

Na trajetória do câncer a ansiedade é um sentimento que acompanha o indivíduo desde o diagnóstico até o fim do tratamento, podendo se estender até a sua reabilitação. E gerar outros sentimentos como a angústia e depressão; ou outros físicos como náuseas e vômitos agravados pelas emoções.

A ansiedade pode se manifestar de quatro maneiras: pela fuga, que é fortemente associado ao medo de uma situação ainda não conhecida ou associado a situações traumáticas anteriormente vivenciadas; pela imobilidade, que é o desencadeamento da fuga utilizando-se de sinais e sintomas súbitos, como o desmaio e outros, ligados ao sentimento de negação; pela agressão (defesa agressiva), que se caracterizam por ataques verbais ofensivos e/ou corporais lesivos; e por fim, pela submissão (BERNICK, 1989 *apud* ALVES; CORASSA, 2000).

É preciso diferenciar dois tipos de submissão: a real e a estratégica. Na real, o indivíduo se abandona ao agente estressor, deixa de lutar e se crê realmente um perdedor. Desiste. Deprime-se. Na estratégica, o organismo avalia suas chances, analisa a situação, observa seu opressor e tenta descobrir maneiras de conhecê-lo melhor. Para isso ele precisa de tempo e ganha esse tempo tornando-se aparentemente submisso (BERNICK, 1989 *apud* ALVES; CORASSA, 2000, p. 3).

A ansiedade leva o indivíduo a se afastar da realidade á sua volta, acabando muitas das vezes por prejudicar a sua vida e os seus relacionamentos, porque a tendência

é ficar nervoso, apreensivo, o que frequentemente leva a atitudes impensadas. Também em reflexo da ansiedade, o indivíduo pode apresentar transtornos do sono e alimentares, sensações corporais como excesso de transpiração, taquicardia, transtornos respiratórios, dores de estômago, má digestão, perturbações intestinais e outras alterações do sistema nervoso autônomo.

Os profissionais de saúde, diante de um quadro de ansiedade patológica, devem prioritariamente, trabalhar com vistas a diminuir os sintomas mórbidos para que o indivíduo possa retomar uma situação de segurança; fortalecer a afetividade da pessoa para ser capaz de suportar melhor os estresses da vida; apoiar e incentivar a resolução de conflitos íntimos e se possível, lidar com os agentes estressores, no caso, a doença (BALLONE, 2005c).

6.5 Medo

O medo é um sentimento que proporciona ao indivíduo um estado de alerta, geralmente por se sentir ameaçado, tanto fisicamente como psicologicamente. O diagnóstico de câncer costuma desencadear medos relacionados ao tratamento; medo de sentir dor, de ficar dependente de outras pessoas até mesmo para realizar coisas rotineiras; medo de sofrer mutilações ou desfigurações. O sentimento de medo geralmente ocorre quando o indivíduo recebe uma informação e ainda não consegue interpretar bem ou quando tem idéias distorcidas em relação à mesma. No caso de se saber portador de câncer, e das mudanças que isso poderá acarretar em sua vida, o medo gera uma resposta de alerta no organismo, que o remete ao estresse, preparando o indivíduo para lutar ou fugir. Já a resposta anterior ao medo normalmente é a ansiedade.

Ballone (2007) refere que após o diagnóstico de câncer a primeira atitude é a negação, depois o medo de morrer, de deixar pessoas queridas, de abandonar projetos futuros. Há uma forte angústia diante da possibilidade da dependência dos outros, do sofrimento futuro, quer pela doença, quer pelas conseqüências do tratamento. Mas todos esses sentimentos devem ser reavaliados ou orientados por profissionais para minimizar os efeitos do preconceito sobre as emoções.

O medo pode desencadear reações positivas como querer ficar mais próximo dos familiares e amigos; fazer planos; vivenciar experiências novas e produtivas; seguir as orientações dos profissionais que o acompanham com vistas a melhorar sua saúde e ter mais tempo para novas conquistas. Ou levar a reações impensadas, que tragam mais

risco para sua vida, como não aderir ao tratamento; se entregar a vícios; fazer atividades perigosas. Ou tomar atitudes conscientes ou inconscientes que levem ao afastamento de pessoas queridas e ao seu isolamento.

O medo da rejeição, em caso de doença que acarreta deformação, cheiro ruim ou mudança marcante de aparência, provoca comportamento de reclusão, tornando o indivíduo solitário e depressivo. O medo da dor, que é o mais comum de todos os medos, em que existe o temor da morte dolorosa. A perda do controle, no caso de enfermidades que possam acarretar a perda progressiva do controle sobre a própria vida, sendo mais assustador do que a perda de controle dos acontecimentos externos e das atividades dos outros é a perda do controle das funções corporais e mentais; é assistir a própria desintegração. O medo da morte súbita, que é caracterizado pelo acontecimento repentino (câncer disseminado). O medo da solidão, que é representado pelo temor de morrer sozinho, sem alguém para segurar na mão (sem acolhimento) (BRETAS; OLIVEIRA; YAMAGUT, 2006, p. 7).

O Ministério da Saúde (2006) afirma que o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, porque leva à aproximação dos usuários do sistema e os profissionais de saúde, pelo respeito e atenção que estes dedicam aos sentimentos e emoções relativos às experiências e expectativas dos clientes principalmente em relação ao motivo da busca pelo serviço.

A relação paciente/equipe de saúde que o assiste deverá não somente focar a doença, mas também dedicar-se a supressão do sofrimento subjetivo, focar a qualidade de vida, a personalidade do cliente e principalmente lutar contra o medo do câncer.

6.6 Estresse

O estresse pode ser definido como a reação total do organismo, da pessoa a agentes estimuladores, chamados estressores e que funcionam como mensagens dentro de um padrão específico de comunicação (ALVES; CORASSA, 2000). O estresse produz alterações importantes em todo o organismo, desestruturando principalmente a maneira de pensar. A ansiedade, o medo, a irritabilidade e depressão fazem parte de todo este processo.

Cada pessoa tende a receber os estímulos estressores, como a descoberta de uma doença ou já o enfrentamento das mudanças que essa causa, de forma diferente e a reação é normalmente determinada pelo psiquismo e sistema de valores de cada um. Dessa forma existem níveis diferentes de estresse. O fato de um evento ser percebido como estressante não depende apenas da natureza do mesmo, mas do significado atribuído a este evento pela pessoa, de seus recursos, de suas defesas e de seus mecanismos de enfrentamento.

O estresse pode ser classificado como uma ansiedade patológica que pode envolver várias subclasses de transtornos psíquicos, e manifestações clínicas emocionais do estresse como o transtorno somatoforme. Nesse caso, o indivíduo em geral se apresenta poliqueixoso, com sintomas sugestivos de problemas funcionais de algum órgão ou sistema ou de alterações nas sensações corpóreas sobre a funcionalidade do organismo como um todo. O resultado do agravamento e da falta de tratamento para a situação de estresse pode resultar no esgotamento, que é quando o organismo todo pode entrar em sofrimento, pela falta de capacidade de se adaptar a novas circunstâncias (BALLONE, 2005a).

6.7 Raiva

De um modo geral, a raiva define-se como um sentimento de protesto, insegurança, timidez ou frustração, contra alguém ou alguma coisa, que se exterioriza quando o ego se sente ferido ou ameaçado. A intensidade da raiva, ou a sua ausência, difere entre as pessoas (MARTINS *et al.*, 2009).

Segundo o autor citado anteriormente, quando as pessoas ficam com raiva, tendem a ter experiências variadas, pensamentos, sentimentos e reações físicas. Para alguns, os sentimentos tornam-se tão arrebatadores que parecem estar “prestes a explodir”. Outros podem não saber que estão muito zangados com a situação, mas sentem-se doentes, culpados ou reagem exageradamente a outras situações.

Esse sentimento pode aparecer em qualquer fase do tratamento, muitas vezes, vem acompanhada pela pergunta: Por que eu? Por que comigo? O que eu fiz de errado? Neste momento, a vida pode parecer muito injusta. Levando ao pesar.

A raiva pode ser exteriorizada de forma direta, como com a elevação da voz, aperto na garganta, aumento da pressão sanguínea, ameaças, pressão, hostilidade, dentre outros. E de forma indireta, com o aparecimento de fadiga crônica, ansiedade,

aborrecimento, choro, críticas constantes e outras manifestações. Muitas pessoas experimentam estes sinais gerais de raiva. Saber identificá-los constitui-se como o primeiro passo para melhor lidar com eles. Alguns sentimentos e pensamentos ocorrem quando a raiva surge; outros surgem à medida que a raiva aumenta.

Alguns dos autores consultados relatam que a raiva, além dos efeitos negativos, como elevar os níveis de estresse, também ativa uma área do cérebro associada a pensamentos bons e faz com que as pessoas foquem com mais eficácia o que desejam. Nesse caso, cabe aos profissionais da saúde incentivar a adesão ao tratamento como algo que posteriormente lhe trará recompensas.

6.8 Tristeza

Tristeza é uma manifestação inerente à vida do ser humano e é um sentimento passageiro; que costuma auxiliar a pessoa a enfrentar perdas e sofrimentos ocasionais, fazendo com que haja uma reorganização interna e posteriormente superação da fase difícil. A tristeza não impede que o indivíduo tenha reações de alegria, já na depressão a tristeza é persistente e acompanhada de apatia, indiferença e ausência de perspectivas e prazer. É importante que a equipe de saúde observe esses sentimentos e saiba identificar a tristeza patológica, para que possam instituir tratamento adequado.

A raiva existente na depressão é resultado da total falta de vitalidade e motivação. Existe também uma infantilização, onde o indivíduo induz o ambiente a ampará-lo e dedicar atenção exclusiva a ele. A depressão inibe a coragem de enfrentar os desafios; regride a busca do prazer e contamina o ambiente a sua volta. A tristeza não chega aos limites citados na situação depressiva. Pelo contrário, é uma ferramenta valiosa para avaliação das metas de vida. Na infância, o modo de encarar a tristeza será definitivo para estabelecer a personalidade adulta (RAFAEL *et al.*, 2010, s/p).

6.9 Depressão

Depressão é o “estado de prostração emocional e tristeza, com diminuição da atividade, da iniciativa e paralisação da decisão” (GUIMARÃES *et al.*, 2002, p 146). Em muitos casos os quadros ansiosos costumam evoluir no sentido da Depressão. Ballone

(2007) sustenta ainda a idéia da evolução do estresse para ansiedade e em seguida para depressão.

Durante a depressão o indivíduo tende a ter muitos temores, fica bastante cauteloso e geralmente afasta-se do convívio das pessoas, além de poder entrar em conflito consigo mesmo e com as pessoas que insistem em se aproximar. O estado depressivo reflete-se logo na aparência do sujeito, pois ele se descuida do modo de se vestir e não se preocupa em se enfeitar. A pessoa se torna irritadiça, podendo ser rude. O profissional de saúde tem que ficar atento a esses sinais e para sintomas físicos, como: taquicardia, dor no estômago, problemas intestinais, perda do apetite, e diante desses, não banalizar o relato do cliente e principalmente, saber observar e avaliar a linguagem não verbal.

A depressão normalmente estabelece-se no início do enfrentamento do câncer e a tendência é que ela seja amenizada após a aceitação do tratamento e do novo estilo de vida. Ela ocorre em pessoas com câncer em proporções significativas, mas nem todas as pessoas com diagnóstico de câncer sofrem de depressão. Uma das partes mais importantes no cuidado de pacientes com câncer é, exatamente, saber diferenciar a tristeza e o pesar, da depressão e reconhecer quando o cliente necessita de tratamento para esse transtorno.

7. O PODER DAS PALAVRAS E A IATROGENIA

O psiquiatra Vladimir Bernik, diz que o cérebro ao ser estimulado faz desencadear reações no corpo, como a liberação de hormônios do estresse ou do relaxamento. Uma das formas de estímulo é a fala; o conteúdo da linguagem, aliado ao seu ritmo e entonação, ativa áreas do cérebro como o córtex pré-frontal, responsável pela cognição e pela memória, e o sistema límbico, no hipotálamo, onde se processam os sentimentos. Dessa forma, conforme empregada, a palavra pode promover tanto uma ação terapêutica como desencadear sentimentos de angústia e até depressão (TOLEDO, 2010).

Por isso, o profissional de saúde deve ser cauteloso, principalmente no momento de relatar ao cliente seu estado de saúde. Deve utilizar palavras e expressões de acordo com a capacidade de entendimento do mesmo, mostrar paciência e serenidade ao responder possíveis questionamentos, além de preocupar-se também em assumir uma postura coesa diante das reações que a sua exposição poderá causar.

Sanvito (1994) *apud* Nicolau *et al.*, (2010) define iatrogenia como: um estado anormal produzido no paciente pelo médico, por procedimento inadvertido ou equivocado. Pereira *et al.* (2000) *apud* Nicolau *et al.*, (2010) registra que o termo iatrogenia deriva do grego (iatros = médico/gigesthai = nascer, que deriva da palavra genesis = produzir) e significa qualquer alteração patológica provocada no paciente pela má prática médica.

Embora iatrogenia seja usada geralmente para se referir às conseqüências de ações danosas dos médicos, pode igualmente ser resultado das ações de outros profissionais de saúde. As conseqüências mais relatadas são as físicas, mas também pode-se considerar as conseqüências emocionais. Essas podem ser atribuídas à posturas e reações inadequadas dos profissionais de saúde, assim como, sua prestação de serviços insatisfatória no que diz respeito à dedicação aos sentimentos e zelo pela saúde mental do cliente, que pode determinar sintomas psicossomáticos e outros transtornos mentais. E esses por sua vez, podem levar a formas de enfrentamento não favoráveis ao tratamento.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O adoecer de câncer acomete não somente o corpo, mas a mente e está por sua vez pode levar a desordens físicas e emocionais que tem reflexo sobre a vida do indivíduo e de sua família. O diagnóstico de câncer vem acompanhado do surgimento de sintomas de estresse, ansiedade, angústia, depressão, temor da mutilação, do sofrimento e da morte. E a equipe da Estratégia Saúde da Família deve estar preparada para amparar o doente e seus entes de forma a contribuir positivamente no processo de enfrentamento.

Ao acompanhar o cliente com câncer o profissional de saúde pode contribuir muito na adaptação do indivíduo às fases de enfrentamento da doença, através do estabelecimento de um vínculo efetivo, que respeite a autonomia dos envolvidos. Esse laço é mais facilmente construído quando o profissional respeita os princípios da confidencialidade e veracidade, assim como as idéias, sentimentos e atitudes do cliente.

O profissional deve prioritariamente procurar conhecer os potenciais do cliente e posteriormente, usar de estratégias para ajudar no desenvolvimento de um sentimento positivo em relação ao prognóstico e ao seu próprio eu; deve incentivar a busca por relações interpessoais satisfatórias baseadas na expressão de sentimentos apropriados, como o amor e cuidado a si a aos outros. Deve direcionar o enfrentamento do estresse e outros sentimentos que possam surgir; encorajar comportamentos responsáveis e ajudar na adaptação aos desafios diários da vida. Pode também identificar sentimentos extremos de desânimo ou impotência, meios equivocados de lidar com o estresse, falta de prazer em viver, pensamentos, sentimentos e comportamentos negativos, pensamentos desorganizados ou conturbados. Incapacidade de aceitar a realidade, traços de personalidade que contribuem para os comportamentos disfuncionais, desejo de se ferir ou de ferir a outros, falta de sistema de apoio, problemas fisiológicos resultantes do estresse grave e incessante, para instituir tratamento adequado.

Em resumo, o profissional de saúde deve lembrar-se que cuidar das emoções do doente é tão importante quanto cuidar do físico. Ainda, procurar vê-lo como um ser munido de sentimentos e sensibilizar-se com as reações que ele possa ter. Deve ainda, mostrar as perspectivas reais acerca de sua recuperação respeitando os limites internos e intelectuais do indivíduo.

9. REFERÊNCIAS

ALVES, M.B.; CORASSA N. Da Ansiedade a Fobia. **Revista Psicologia Argumento**. Abril 2000. Disponível em file//F: /Estudos Cientificos_CPEM.btm. Acesso em 22 de nov. 2010.

ANGERAMI, V. A.; CHIATTONE, H. B. C.; NICOLETTI, E. A. O doente, a psicologia e o hospital. São Paulo: Pioneira, 1992 *apud* SIMONGINI, E.C.. **O adoecer de câncer e o processo de individualização**. Marília, 2005, p11. Disponível em <http://www.symbolon.com.br/>. Acesso em 16 de nov. 2010.

BALLONE, G.J.. Câncer e Emoção. **Psiquweb. Psiquiatria geral**. Revisto em 2007. Disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br>. Acesso em 22 de nov. 2010.

BALLONE, G.J.. Sintomas do Estresse. **Psiquweb. Psiquiatria geral**. Revisto em 2005a. Disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br>. Acesso em 23 de nov. 2010.

BALLONE, G.J.. Tratamento da Ansiedade.. **Psiquweb. Psiquiatria geral**. Revisto em 2005b. Disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br>. Acesso em 23 de nov. 2010.

BALLONE, G.J.. Depressão e Ansiedade.. **Psiquweb. Psiquiatria geral**. Revisto em 2005c. Disponível em <http://virtualpsy.locaweb.com.br>. Acesso em 23 de nov. 2010.

BERNICK, M.A. Ansiedade. Revista Brasileira de Medicina. 1989. Vol. 46, no 4. *apud* Alves M.B.; Corassa N. Da Ansiedade a Fobia. **Revista Psicologia Argumento**. Abril 2000, p 3. Disponível em file//F: /Estudos Cientificos_CPEM.btm. Acesso em 22 de nov. 2010.

BRÊTAS, J.R.S.; OLIVEIRA, J.R.; YAMAGUTI, L.. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Rev. esc. enferm. USP** v.40 n.4 São Paulo Dec. 2006, p 7. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em 23 de nov. 2010.

BRUNER; Sulddarth. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, v 1, p 88.

FERRÃO, Claudia. Aspectos psíquicos do paciente com câncer. Núcleo de estudos e temas em psicologia. Abr. 2005 *apud* Simongini, E.C.. O adoecer de câncer e o processo

de individualização. Marília, 2005, p 4; 9. Disponível em <http://www.symbolon.com.br/>. Acesso em 16 de nov. 2010.

FIGUEIREDO, N.M.A., *et al.*, (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005, p 130.

GIMENES, M. G.. A pesquisa do enfrentamento na prática psico-oncológica. 1998 In: CARVALHO, M. M. M. J. *et al.*, org.. **Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver**. São Paulo: Summus. 1998 *apud* Silva, L.C.. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, vol.13 no.2 Maringá Apr./Jun 2008, p 5. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em 22 de nov. 2010.

GRAEFF, F.; GUIMARÃES, F.; DEAKIN, J.. Serotonina: a molécula da ansiedade e da depressão. *Ciência Hoje*. 1993 *apud* Alves M.B.; Corassa N. Da Ansiedade a Fobia. **Revista Psicologia Argumento**. Abril 2000, p 2. Disponível em file//F: /Estudos Científicos_CPEM.btm. Acesso em 22 de nov. 2010.

GUIMARÃES, D.T., *et al.*, (org.). **Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2002, p 91; 146.

INCA. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. **Instituto Nacional do Câncer**. Disponível em <http://www.inca.gov.br/>. Acesso em 16 de nov. 2010.

INCA. O que é câncer. **Instituto Nacional do Câncer**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>. Acesso em 13 de nov. de 2010.

INCA. Fatores de risco para o câncer. **Instituto Nacional do Câncer**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>. Acesso em 23 de jul. de 2007.

MARTINS, A., *et al.*, tradução e adaptação. Como lidar com a raiva. **Gabinete de Apoio Psicopedagógico**. 2009 p 1. Disponível em www.fc.ul.pt/gapsi/pdf/como_lidar_com_a_raiva.pdf. Acesso em 24 de nov. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da política nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2 ed.

Brasília: **Ministério da Saúde**. 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 23 de nov. 2010.

OHARA, E.C.C., SAITO, R.X.S (Orgs.). **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

PAIVA, L. E.; PINOTTI, H. W. Câncer: algumas considerações sobre a doença, o doente e o adoecer psicológico. **Acta Oncologia Brasil**. Set/ Dez. 1988 *apud* SIMONGINI, E.C..O adoecer de câncer e o processo de individualização. Marília, 2005, p 3. Disponível em <http://www.symbolon.com.br//>. Acesso em 16 de nov. 2010.

PEREIRA, A. *et al.*. Iatrogenia em cardiologia. **Arquivo Brasil de Cardiologia**, v. 75 (nº1), 2000 *apud* Nicolau P.F.M., *et al.*, técnico. Iatrogenia. *Psiquiatria Geral*. Disponível em <http://www.psiquiatriageral.com.br>. Acesso em 25 de nov. 2010.

RAFAEL, L.R., *et al.*, (org.) **Tristeza**. Disponível em <http://www.spectrumgothic.com.br/gothic.htm>. Atualizado em 2010. Acessado em 24 de nov. 2010.

SANVITO, W. L.. A medicina tem cura. Editora Atheneu Ltda., 1994 *apud* Nicolau P.F.M., *et al.*, Iatrogenia. *Psiquiatria Geral*. Disponível em <http://www.psiquiatriageral.com.br>. Acesso em 25 de nov. 2010.

SEBASTIANI, R.W.; SANTOS, C.T. Acompanhamento Psicológico à Pessoa Portadora de Doença Crônica. In: CAMON, V. A. A, *et al*, org. São Paulo: Ed. Pioneira. 1996 *apud* PIMENTEL D.M.; LIMA, D.T.; FONSECA, R.L.M. A atuação do psicólogo hospitalar no atendimento aos portadores de câncer de próstata e de mama. Governador Valadares, 2009, p 12. Disponível em [http:// www.pergamum.univale.br//](http://www.pergamum.univale.br//). Acesso em 16 de nov. 2010.

SIMONGINI, E.C..**O adoecer de câncer e o processo de individualização**. Marília, 2005. Disponível em <http://www.symbolon.com.br//>. Acesso em 16 de nov. 2010.

SILVA, Lucia Cecília da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicol. estud.* [online]. 2008, vol.13, n.2, pp. 231-237. ISSN 1413-7372. doi: 10.1590/S1413-73722008000200005. Disponível em

<http://www.scielo.br//Acesso> em 07 de dez.2010.

SIQUEIRA, K.M.; BARBOSA, M.A.; BOEMER, M.R.. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns des-velamentos. **Revisão Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15 n.4. Ribeirão Preto, Jul./Ago. 2007, p1. Disponível em // <http://www.scielo.br//>. Acesso em 22 de nov. 2010.

SOUZA, L.C.P.. Qualidade de vida no trabalho-saúde emocional. INDEP. **Instituto de Desenvolvimento de Pessoas**. Set/2005. Disponível em <http://www.indepe.com.br//>. Acesso em 26 de nov. 2010.

SPERANZA, M.; TAVARES, R.. O câncer e as emoções. **Site Especializado em Terapias de Reabilitação**. Set/2002. Disponível em <http://www.profala.com//>. Acesso em 26 de nov.2010.

TOLEDO, A. O poder das palavras. SHVOONG.com. A Fontes Global de Resumos e Críticas. Out./2010 *apud* Martins, A. Resumo do poder das palavras. 2010. Disponível em <http://pt.shvoong.com//>. Acesso em 25 de nov. 2010.

VECHIA, F.D.. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. In: **Seminário de Psiquiatria da UFSC**. Santa Catarina. **Universidade Federal de Santa Catarina**, sem informação do ano. Disponível em <http://www.ccs.ufsc.br//>. Acesso em 24 de nov. 2010.