



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**JOSEILDA LEITE DE CARVALHO**

**CÂNCER:  
CONSEQUÊNCIAS PARA O PACIENTE E FAMÍLIA  
APÓS A CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO – REALIZADO EM  
UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA – FAP DE CAMPINA GRANDE -  
PB**

CAMPINA GRANDE, PB.

2010

**JOSEILDA LEITE DE CARVALHO**

**CÂNCER:  
CONSEQUÊNCIAS PARA O PACIENTE E FAMÍLIA  
APÓS A CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO – REALIZADO EM  
UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA – FAP DE CAMPINA GRANDE -  
PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Enfermagem em cumprimento às  
exigências para obtenção do título de  
Bacharel e Licenciado em Enfermagem  
pela Universidade Estadual da Paraíba –  
UEPB.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Ms. Eliane Nogueira Costa de Vasconcelos

CAMPINA GRANDE, PB.

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

C331c Carvalho, Joseilda Leite de.  
Câncer [manuscrito]: conseqüências para o paciente e família após a confirmação do diagnóstico / Joseilda Leite de Carvalho. - 2010

59 f.: il. color

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2010.

“Orientação: Profa. Ma. Eliane Nogueira Costa de Vasconcelos, Departamento de Enfermagem”.

1. Câncer. 2. Pacientes. 3. Família. I. Título.

21. ed. CDD 610.736 98

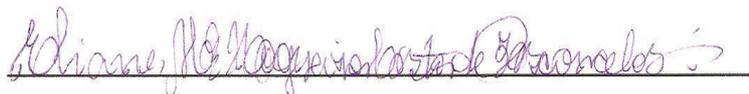
**JOSEILDA LEITE DE CARVALHO**

**CÂNCER:  
CONSEQUÊNCIAS PARA O PACIENTE E FAMÍLIA  
APÓS A CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO – REALIZADO EM UM  
HOSPITAL DE REFERÊNCIA – FAP DE CAMPINA GRANDE – PB**

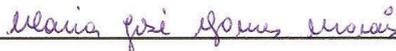
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Enfermagem em cumprimento às exigências  
para obtenção do título de Bacharel e  
Licenciado em Enfermagem pela Universidade  
Estadual da Paraíba – UEPB.

A provada em 15/12/2010

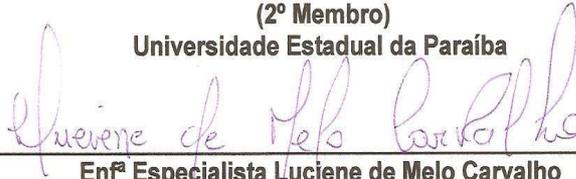
**COMISSÃO EXAMINADORA**



**Profª. MS. Eliane Nogueira Costa de Vasconcelos  
Orientadora (1º Membro)  
Universidade Estadual da Paraíba**



**Profª. Maria José Gomes Morais  
(2º Membro)  
Universidade Estadual da Paraíba**



**Enfª Especialista Luciene de Melo Carvalho  
(3º Membro)**

**Fundação Assistencial da Paraíba (FAP)**

Dedico esta pesquisa primeiramente a Deus por se mostrar sempre presente na minha trajetória de vida;  
As meus, pais José Leite e Maria do Carmo, por me ensinarem, me ajudarem e me transformar na pessoa que hoje sou;  
As minhas irmãs Josimar, Joseli, Josiene, Janaína e ao meu sobrinho José Arkiris, por me apoiarem e me incentivarem sempre nas minhas escolhas;  
Aos pacientes da Oncologia, pela colaboração e por todo ensinamento que me transmitiram e por tornarem esta pesquisa possível.

## AGRADECIMENTO

Esta é uma parte difícil de escrever, pois há um temor de esquecer alguém, que foi muito importante em toda esta trajetória. Pois foi somente com a participação de todos que conseguir concluir esta pesquisa.

Agradeço primeiramente a Deus que concedeu a vida e a sabedoria, e por permitir o término dessa conquista, e por ser a fonte inesgotável de auxílio nesse percurso tão cheio de caminhos difíceis, e por estar sempre presente na minha vida e não me permitiu perder a fé e desistir dessa caminhada.

Aos meus queridos pais José Leite e Maria do Carmo, pela colaboração, amor e incentivo a cada dia dessa caminhada dispensando de todos os recursos possíveis para que conseguíssemos alcançar a conclusão dessa conquista.

As minhas queridas irmãs, Josimar, Joseli, Josiene, Janaína, ao meu sobrinho José Arkiris e meu cunhado Reginaldo que torcem pelo meu sucesso e minha felicidade.

Ao meu irmão Junior (*in memorian*) pelo pouco tempo de vivência que passou conosco e teve que partir muito cedo para outra vida eterna.

Aos meus avos maternos Antonio de Vasconcelos e Maria Simião e minha avó paterna Francisca Simião, que são exemplo de humildade e honestidade, se tornando isso para me a base de todo o meu sucesso.

Ao meu avô paterno Miguel Leite (*in memorian*) pelo tempo de vivência, e que não teve o prazer de participar dessa conquista, mas deixou seus ensinamentos para meu pai continuar, para me tornar na pessoa que hoje sou, e pelas lembranças inesquecíveis quando ele se deslocava de Cedro para nos visitar.

A meu namorado Joanes, que se tornou para me mais que o colega de sala de aula, um amigo e um companheiro que estava sempre presente nas horas difíceis e nos momentos felizes da vida, durante esses cinco anos de cursos.

Aos meus Tios, Tias, Primos, Primas, que também torceram pela minha vitória, em especial minha Tia Toinha (*in memorian*) que teve partir devida a essa doença devastadora que é o câncer e partiu para uma vida melhor, pois

tanto a família como ela estavam passando por muito sofrimento e muita dor, foi ai que me fez despertar de forma significativa para a escolha dessa temática.

Ao meu Primo Welliton (*in memorian*) que sempre torceu por me, e tenho certeza que ele continua torcendo, onde quer que ele esteja.

A todos aos meus professores que durante esses cinco anos, iluminaram os caminhos obscuros com afeto e dedicação para que eu os trilhassem. Em especial a professora Sônia (*in memorian*), com seu caráter de pessoa deixou marcas em nossas vidas.

A todos os que fazem parte do Departamento de Enfermagem em especial a Professora Deinha e Dedé que sempre me ajudou nas horas que precisei.

Aos meus colegas de sala em especial ao meu grupo de estágio Andressa, Gilson e Luiz, no qual adquirimos e trocamos experiências nos estágios.

A minha amigona Laécia que sempre me apoio e me incentivou nessa trajetória e pelos os anos que moramos juntas.

As minhas colegas de apartamento Elis Caroene e Lucilene. Em especial Lucilene que é mais que uma colega de apartamento, uma colega de sala, uma amiga e uma pessoa que eu dividia os problemas da vida e ela sempre me apoio nas horas difíceis.

A minha orientadora professora Eliane, que foi mais que uma orientadora, foi uma pessoa que me proporcionou apoio, atenção e incentivo para a realização dessa pesquisa.

A Enfermeira da FAP Luciene que também contribuiu para a realização dessa pesquisa.

Aos pacientes e familiares da FAP, que narraram suas histórias com tanta minúcia e clareza, no intuito de valorizar essa pesquisa e me deixaram a lição de que a vida tem valores que só conseguimos observar diante de momentos das dificuldades.

Ao Hospital da FAP (Fundação Assistencial da Paraíba) e todos os profissionais que lá trabalham que permitiram a realização dessa pesquisa.

A presença de todos vocês foi fundamental para que eu conseguisse concluir essa pesquisa. Obrigada a todos pela colaboração.

## O QUE O CÂNCER NÃO CONSEGUE FAZER

O câncer é tão incapaz...  
Ele não pode mutilar o **Amor**,  
Não pode abater a **Esperança**,  
Não pode corroer a **Fé**,  
Não pode destruir a **Paz**,  
Não pode arruinar a **confiança**,  
Não pode apagar as **Lembranças**,  
Não pode silenciar a **Coragem**,  
Não pode invadir a **Alma**,  
Não pode comprometer **Vida**  
**Eterna**,  
Não pode saciar o **Espírito**,  
Nem tão pouco diminuir o poder da  
**ressurreição**.

(Autor desconhecido)

## RESUMO

CARVALHO, J. L. **Câncer: consequências para o paciente e família após a confirmação do diagnóstico.** 2010. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – UEPB. Campina Grande, Paraíba, 2010.

Considerando o aumento de casos de câncer no Brasil e as suas repercussões diante do diagnóstico, objetivamos conhecer quais as principais consequências para os pacientes e familiares após a confirmação do diagnóstico. Esta é uma pesquisa de caráter exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, com uma amostra de 30 sujeitos, sendo 15 pacientes e 15 familiares, que se encontravam internados, e acompanhados por seus familiares, em um hospital especializado em oncologia FAP (Fundação Assistencial da Paraíba), localizado na cidade de Campina Grande, PB. Os dados foram coletados no mês de novembro de 2010 após a comprovação do comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. As entrevistas foram realizadas através de um formulário com perguntas de informações sócio-demográficas e de perguntas semi-estruturada, sendo abertas e fechadas, ou seja, objetivas e subjetivas para alcance dos objetivos. Os dados foram submetidos à análise estatística e apresentados na forma de figuras e/ou tabelas. A mostra é caracterizada com a presença predominantemente do sexo feminino, com predominância da religião católica, casados, tem filhos, residem na zona rural, com baixa escolaridade, trabalhadores da agricultura, com renda mensal de um salário mínimo. O câncer de maior prevalência foi de útero que ocorre com mais frequência em mulheres, sendo a terceira neoplasia maligna mais comum e a quarta de morte entre as mulheres. Depois de analisada a abordagem qualitativa identificamos que são várias as consequências que ocorre no paciente e na família após a confirmação do diagnóstico que juntos compartilham os mesmos sofrimentos, devendo ser assistidos de forma igualitários.

**Palavras-chave:** Câncer, paciente, consequências.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Distribuição quanto ao sexo .....	27
<b>Figura 2</b> – Distribuição quanto à idade .....	27
<b>Figura 3</b> – Distribuição quanto ao estado civil .....	28
<b>Figura 4</b> – Distribuição quanto à presença de filhos.....	28
<b>Figura 5</b> – Distribuição quanto ao número de filhos .....	29
<b>Figura 6</b> – Distribuição quanto à religião .....	29
<b>Figura 7</b> – Distribuição quanto ao grau de escolaridade .....	30
<b>Figura 8</b> – Distribuição quanto à origem.....	31
<b>Figura 9</b> – Distribuição quanto à ocupação .....	32
<b>Figura 10</b> – Distribuição quanto à renda do paciente .....	32
<b>Figura 11</b> – Distribuição quanto à renda familiar .....	33
<b>Figura 12</b> – Distribuição quanto ao acompanhante .....	33
<b>Figura 13</b> – Distribuição quanto ao recebimento psicológico .....	34
<b>Figura 14</b> – Distribuição quanto ao local do recebimento psicológico .....	34
<b>Figura 15</b> – Distribuição quanto ao conhecimento sobre a doença.....	35
<b>Figura 16</b> – Distribuição quanto ao grau de conhecimento da doença.....	35
<b>Figura 17</b> – Distribuição quanto comunicação do diagnóstico.....	36

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** – Tempo de conhecimento sobre o diagnóstico da doença atual.....36

**Tabela 2** – Tipo de neoplasia.....36

## **LISTA DE SIGLAS**

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**DNA** – Ácido Desoxirribonucléico

**FAP** – Fundação Assistencial da Paraíba

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**INCA** – Instituto Nacional do Câncer

**MS** – Ministério da Saúde

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
2.1 GERAL.....	15
2.2 ESPECÍFICOS.....	15
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER.....	16
3.2 SOBRE A FAMÍLIA .....	19
3.3 AS REPERCUSSÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER.....	20
<b>4. METODOLOGIA DE PESQUISA</b> .....	<b>21</b>
4.1 NATUREZA DA PESQUISA .....	21
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	22
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS SUJEITOS DA AMOSTRA.....	23
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	23
4.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	24
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	25
<b>5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	<b>26</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO GRUPO EM PESQUISA .....	26
5.2 ANÁLISE DOS DISCURSOS.....	37
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>46</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>51</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que traz consigo um estigma terrível, e é difícil encontrar pessoas que não tenham medo de desenvolver essa doença. As estatísticas atuais mostram que umas em cada seis vidas no Brasil estão sendo consumidas pelo câncer.

HART (2008) relata que apesar do número de diagnóstico está aumentando consideravelmente nos últimos tempos, o câncer não é consequência da vida moderna, mas algo que acompanha o homem desde a sua origem.

No contexto atual, o câncer configura-se como um dos principais problemas de saúde pública mundial. Causa grande impacto econômico na sociedade, por se trata de uma doença crônico-degenerativa que afeta várias dimensões da vida humana, necessitando de tratamento prolongado, sendo responsável, assim, por redução acentuada no potencial de trabalho humano e perdas de muitas vidas (TONON et al, 2007).

Todos os anos são publicados milhares de artigos científicos mostrando as mais novas e fantásticas descobertas sobre a doença, abrindo portas para o desenvolvimento de novas terapias e dando esperança para milhões de pessoas que lutam diariamente para prolongar a vida. Porém, apesar de todos os esforços, as taxas de mortalidade para alguns tipos de câncer continuam aumentando e isto, vai ocasionando impactos tão fortes quando das primeiras descobertas sobre a doença.

Uma contribuição efetiva no controle do câncer é conhecer os principais sinais que podem indicar a existência da doença ainda no início, e procurar imediatamente o médico se apresentar qualquer um desses sinais. Enfim, estar preparado para a confirmação da doença. E, é essa confirmação do câncer que causa grande impacto para o paciente e para sua família, no qual precisam de certo tempo para assimilar e processar esse dado novo em suas vidas e finalmente compreender o que está acontecendo para que se possa fazer o enfretamento necessário, ou seja, a adesão ao tratamento.

Vale ressaltar que induz desafios constantes da equipe de profissionais que irá atendê-lo, principalmente da enfermagem que deve está bem capacitada para atender esse tipo de impacto com suas consequências e intervir da melhor maneira

possível dando maior segurança e confiança ao paciente e seus familiares. Além disso, a enfermagem deve está preparada para apoiar o paciente e seu núcleo familiar, ajudando-os a enfrentar uma série de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais.

O câncer pode trazer para o paciente e sua família condições de fragilidade, porque ainda hoje é considerada uma das mais temíveis doenças, havendo uma dificuldade de lidar com o diagnóstico e o estigma dessa doença, porém colocando estas pessoas em situações de angústias e causando sofrimento maior para a família, que ainda hoje é difícil de aceitar e encarar esse tipo de situação e quanto mais avança essa doença maior é o sofrimento.

Alguns pacientes não sabem do diagnóstico, só as famílias, que evitam falar sobre o assunto na frente do paciente, ou seja, considera a doença como eliminada de suas vidas. A revolta é outro sentimento que comparece na vida dos pacientes, como na vida dos seus familiares, sendo comum que se interroguem: Porque isso aconteceu conosco? Não esperávamos isso acontecer na família.

Alguns autores, como Reit e Lederberg (1990 apud CARVALHO, 2003), chegam a propor que a família também é um paciente, devendo ser assistida cuidadosamente pela equipe de saúde, e sendo denominada “paciente de segundo escalão”.

O tratamento do câncer envolve: a) cirurgia para diagnóstico (biópsia), para estadiamento, de intenção curativa ou radical, de intenção paliativa ou preventiva; b) radioterapia com fins curativos ou paliativos; c) quimioterapia adjuvante; prévia, para controle temporário da doença; paliativa; curativa; regional; de altas doses; d) hormonioterapia a blativa e medicamentos; e) imunoterapia ativa e passiva.

Essas terapias são indicadas isoladamente ou em combinação. Cada uma desencadeia efeitos colaterais e reações psicológicas particulares, uma vez que podem alterar aparência física, a auto-estima corporal e, eventualmente, produzir limitações e impedir alguns exercício para atividades de rotinas. (NUCCI, 2003). É por estas razões que o câncer causa tanto temor na vida dos indivíduos, não existe outra doença que induza tantos sentimentos negativos.

É sob esse prisma que foi desenvolvida essa produção científica aqui proposta, a fim de conhecer as conseqüências para o paciente e família após a confirmação do diagnóstico definitivo de câncer.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL:**

- Investigar as conseqüências para o paciente e família após a confirmação do diagnóstico de câncer.

### **2.2 ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar o perfil do paciente oncológico e familiares quando tomam conhecimento do diagnóstico;
- Descrever as reações de pacientes e familiares frente ao diagnóstico e tratamento do câncer;
- Relatar as conseqüências ou dificuldades vivenciadas por pacientes e familiares após a confirmação do diagnóstico de câncer e durante o tratamento.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER

O câncer é uma doença conhecida desde a antiguidade, apesar da não utilização da palavra câncer, o Papiro cirúrgico de Edwin Smith, o documento médico mais antigo do mundo, com data de aproximadamente 1600 a.C. descrevia pelo menos oito casos de tumores ou úlceras na mama, que eram tratados com cauterização (GIGLIO, 1999).

A origem da palavra câncer é atribuída ao médico grego Hipócrates (460-370 a.C.) que descreveu vários tipos de tumores e utilizou a palavra carcinos e, posteriormente, carcinoma, ambas as palavras em grego se referem ao caranguejo e é provável que essa semelhança tenha sido pelo aspecto da superfície extirpada de um tumor maligno sólido com esses animais.

Séculos depois, o enciclopedista romano Aurélio Cornélio Celso (25-50 a.C.), traduziu carcinos para o latino câncer. Hoje, carcinoma é um nome utilizado especificamente para descrever tumores malignos derivados de células epiteliais. O câncer está entre as doenças mais temidas da história (FRANKS, 1990).

O câncer é uma doença que tem como característica o crescimento desordenado das células de invasão de tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo, o que chamamos de metástase (KUMAR, 2005).

Ao contrário dos tumores benignos, se dividem rapidamente, são agressivos e muito difíceis de serem controlados, determinando a formação de células cancerosas ou neoplasias malignas, constituindo na maioria dos casos risco de vida ao portador dessa doença (BRASIL, 2006).

A cirurgia tem sido motivo de uma taxa expressiva para a cura, também pode ser realizada quando houver uma recidiva devido a não resposta por radiação com dose alta, neste caso é removido parte do órgão infectado.

Os primeiros registros sobre a doença foram encontrados em manuscritos e em ossos fossilizados de múmias no Egito que revelaram formações sugestivas de tumores ósseos ou osteossarcomas e, em outros casos crânios com lesões semelhantes às encontradas em neoplasias de cabeça e pescoço. A descrição mais antiga a respeito do câncer, embora o termo ainda não fosse usado, data de

aproximadamente 1600 a.C. e foi feita em um papiro egípcio – atualmente conservado no British Museum, no qual foram apresentados oito casos de tumores ou de úlceras de mama tratados por cauterizações com um instrumento denominado “broca de fogo”. Nesses escritos, os sacerdotes detentores do conhecimento religioso e científico daquela época, já afirmavam que não havia tratamento para a doença (FRANKS, 1990).

Cabe lembrar que a origem da palavra câncer é creditada ao médico grego Hipócrates (460–370 a.C.), que adotou o termo *karkinos* e *karkinoma* em grego, *carcinus* e *carcinoma* em inglês, para descrever lesões tumorais ulcerosas e não ulcerosas. Em grego, *karkinos* significa caranguejo. Supõe-se, portanto que a escolha da expressão se deveu à constatação de que o câncer “se agarra de uma maneira obstinada a qualquer parte de que se apodera como o caranguejo” (GIGLIO, 1999 p. 27).

A partir do século XV, com a introdução do método científico no estudo das doenças e a realização de autópsias, foi possível compreender melhor as funções corporais, desmistificando-se a noção de que o câncer era provocado pela bile negra e abrindo-se caminho para o conhecimento de sua fisiopatologia e de seu tratamento.

Desde então, diversos estudiosos realizaram trabalhos expressivos no intuito de conhecer a enfermidade. Assim, Gasparo Aselli (1581–1626) identificou anormalidades linfáticas como possíveis causas do câncer, Wilhelm Fabricius Hildanus (1560–1634) removeu linfonodos em operações de câncer de mama e Johann Scultetus (1595–1645) fez diversas mastectomias totais (GIGLIO, 1999).

Mais tarde, Claude Gendron (1663–1750), médico francês, após oito anos de investigação, concluiu que o câncer originava-se como massa dura de aumento progressivo, localmente circunscrita, não tratável com drogas, mas por remoção cirúrgica. Vale ressaltar que John Hunter (1728–1793), cirurgião escocês, também defendeu a retirada de tumores por cirurgia, desde que não houvesse invasão dos tecidos vizinhos e a massa ainda estivesse móvel (FRANKS, 1990).

É interessante salientar que do ponto de vista de Giovanni Morgagni (1682–1771), pai da anatomia patológica, o câncer como outras doenças, era ocasionado por perturbações em estruturas específicas e seus sintomas representavam os gritos de sofrimento dos órgãos (KUMAR, 2005).

De acordo com os historiadores, o século XIX marca o nascimento da oncologia científica, decorrente da descoberta e utilização do microscópio seguida pelo desenvolvimento da patologia celular (Rudolf Virchow, 1821–1902), da anestesia (William Morton, 1819–1868) e da antissepsia (Joseph Lister, 1827–1912), que possibilitaram o avanço da cirurgia em geral e, por conseguinte, operações clássicas de câncer, como a mastectomia radical (GIGLIO, 1999).

O INCA (Instituto Nacional de Câncer) define a palavra “câncer” como sendo o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (**maligno**) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (**metástase**) para outras regiões do corpo. Assim, o câncer é um processo patológico que começa quando uma célula normal é transformada pela mutação genética do DNA (Ácido Desoxirribonucléico) celular. Ignorando as sinalizações de regulação do crescimento no ambiente circunvizinho, a célula anormal forma um clone e começa a proliferar-se de maneira anormal (BRASIL, 2003).

Segundo OMS (Organização Mundial da Saúde) 11 milhões de novos casos são diagnosticados, respondendo por 07 milhões de mortes anualmente. E de acordo com o sistema de informação sobre mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), o Instituto Nacional de Câncer (INCA), estimou-se para o ano de 2006, 472.050 novos casos considerando todos os tipos de câncer (BRASIL, 2006).

Para os homens esperam-se 234.480 e para as mulheres 237.480 novos casos, Quanto aos óbitos, no ano de 2003 (última estimativa), foram registrados 66.060 (54%) de óbitos entre os homens e 56.540 (46%) entre as mulheres, totalizando 122.600 óbitos (BRASIL, 2006).

Apesar do número maior de casos novos entre as mulheres, a mortalidade por câncer no Brasil é maior entre os homens. No Brasil, o câncer constitui a terceira causa de morte, ficando apenas atrás das doenças circulatórias e causas externas (violência, acidentes, entre outros), sendo a segunda causa por doenças.

Alguns tipos de câncer têm pequena incidência estatística, contudo quando analisado sob o ponto de vista das conseqüências e transformações na vida dos pacientes acometidos por este, os impactos se tornam evidentes (BONASSA, 2000).

Por essa razão, é importante conhecer e compreender como pacientes e famílias reagem diante dessa enfermidade, ainda uma das mais temidas e angustiantes da humanidade (AMORIN, 1996).

### 3.2 SOBRE A FAMILIA

O termo família originou-se do latim *famulus*, que significa conjunto de um serviço e dependência de um chefe ou senhor, assim, por exemplo, a família grega e romana compunha-se de um patriarca e seus *famulus*, esposa, servos e escravos (PRADO, 1981). Segundo Ferreira (1988), família são pessoas aparentadas, que vivem, em geral na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos.

Em uma concepção mais moderna, a família é uma unidade cujos membros podem ou não estarem relacionados ou viver juntos. Nela existe um compromisso e um vínculo entre membros e as funções de cuidado consistem em “proteção, alimentação e socialização” (BOUSSO; ÂNGELO, 2001).

Segundo Pacheco e Trisotto (2006 apud JUNIOR, 2008) família é como um porto seguro, contudo, as concepções sobre a mesma vêm sofrendo significativa transformação, cujo fundamento contemporâneo não significa agora tão somente laço sanguíneo, não tem a ver com bases materiais, com tecnologia, com fronteiras da terra ou do limite da vida.

A presença quase universal da família encontra-se na natureza da própria sociedade. Uma teoria amplamente aceita centraliza-a nas funções executadas pela família para a manutenção e continuidade da existência social organizada. “Essa estrutura social universal, produzida pela evolução cultural em toda sociedade humana, é, presumivelmente, o único ajustamento possível a uma série de necessidades básicas”, sejam elas: econômicas, sociais, educacionais e reprodutivas (CHINOY, 1967).

As principais funções sociais da família são: a reprodução, a manutenção, a colocação social e a socialização dos jovens. A família transmite, não só diretamente pelo ensino e pela doutrinação, mas também indiretamente por métodos de atendimento e adestramento da criança, o conteúdo da cultura (socialização). A situação do indivíduo na sociedade deriva, inicialmente da sua

qualidade de membro de uma família, cujas atitudes, valores, habilidades e conhecimento que influirão mais tarde em seu status (CHINOY, 1967).

Apesar dos conflitos, a família, no entanto, é “única” em seu papel determinante no desenvolvimento da sociabilidade, da efetividade e do bem-estar físico dos indivíduos, sobretudo durante o período da infância e da adolescência (PRADO, 1981).

Entretanto é sabido que a família é um dos principais instrumentos de controle social, o enfraquecimento ou colapso dos laços familiares ou parentesco estabelecidos e as perdas de algumas de suas funções tradicionais podem diminuir o domínio da sociedade sobre o indivíduo, ensejando maior liberdade à maior indisciplina a menos que sejam substituídos por outras formas de controle (CHINOY, 1967).

Portanto o papel da família é primordial no cuidar de um membro com câncer, pois exige habilidades e compreensão da situação vivenciada para que se possa fazer o enfrentamento necessário. Ou seja, esclarecendo-o sobre o assunto Mayeroff citado por Carvalho (2003), afirma que o cuidador precisa “entrar” no mundo do paciente como se fosse o seu, pois somente assim será capaz de entendê-lo, compreendê-lo e proporcionar-lhe o que necessita para crescer.

### 3.3 AS REPERCUSSÕES SOBRE O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

Para Smeltzer e Bare (2005) a vivência de uma enfermidade provoca muitas reações e sentimentos estressantes, pois o paciente e a sua família terão que se adaptar aos diversos estágios que a patologia impõe.

O diagnóstico do câncer ou a simples possibilidade de sua confirmação, que passa a ser sentida como a morte ameaçada, rompe o equilíbrio individual e familiar. É tão arraigada à associação de morte ao diagnóstico de câncer que mesmo continuando a viver, a marca da morte antecipada permanece para sempre nas pessoas que o dia se encontrou nessa situação. Existem muitas doenças fatais além do câncer, porém a impressão que temos é de que as outras doenças matam, o câncer destrói (CARVALHO, 2003).

Para Leshan (1992), a experiência de se vivenciar o câncer pode não significar um aviso de morte, porém, pode construir-se como um ponto de mutação na vida da pessoa. Tal afirmação contribui para o ponto de vista, de que as

peessoas ao se deparar com uma doença incurável, com poucas possibilidades de cura, muitos se entregam ao fracasso, afastando-se de suas relações pessoais e do ambiente em que vivem.

Nesta perspectiva Frankl (1991), afirma que não devemos nos esquecer nunca que também podemos encontrar sentido na vida quando nos confrontamos com uma situação sem esperança, quando enfrentamos uma fatalidade que não pode ser mudada. Porque o que importa, então, é dar testemunho do potencial especificamente humano no que ele tem de mais elevado e que consiste em transformar uma tragédia pessoal num triunfo, em converter nosso sofrimento humano numa conquista humana. Quando já não somos capazes de mudar uma situação – podemos pensar numa doença incurável, como o câncer que não se pode mais operar – somos desafiados a mudar a nós próprios. (FRANKL, 1991, p. 101).

Cabe salientar também que o câncer após a confirmação do diagnóstico, além das questões de adaptação traz consigo uma série de conseqüências para o paciente e sua família, tais como: socioeconômica, físicas e psicológicas.

## **4 METODOLOGIA DE PESQUISA**

### **4.1 - NATUREZA DA PESQUISA**

Quanto à natureza, a pesquisa foi de caráter exploratório e descritivo, utilizando como suporte teórico a investigação bibliográfica e documental, com abordagem quantiquantitativa.

Gil (2002, p. 29) acrescenta que:

A maioria dos casos, a pesquisa exploratória envolve: a) levantamento bibliográfico; b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; c) análise de exemplos que estimulem a compreensão do fato estudado.

Segundo Polit; Hungler (1995), uma pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além da análise dessa informação, utilizando-se procedimentos estatísticos.

Uma investigação de base qualitativa permite a apreensão de determinadas facetas da realidade a partir do relato de experiências e de apropriação de conhecimento de caráter pessoal (PATRICIO, 1998).

#### 4.2 - LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital da FAP – Fundação Assistencial da Paraíba, no Centro de Oncologia. É uma instituição que preza pela excelência e qualidade nos seus serviços. Uma fundação verdadeiramente filantrópica, que conta com ajuda de empresas e da comunidade em geral para atender pacientes da cidade de Campina Grande - PB e cidades circunvizinhas. O único na região que possui um centro de cancerologia dando assistência especializada aos pacientes de câncer.

A Fundação Assistencial da Paraíba – FAP – fundada em 16.03.1965 por Dr. Cornelius de Ruyter, está localizada no antigo Sitio Brito, bairro de Bodocongó, município de Campina Grande - PB. Sua área total é de 110 mil metros quadrados sendo 13 mil metros quadrados sua área construída. De início, era uma Associação – ASSONOR – Controle Governo Holandês, posteriormente se tornou uma Fundação efetivada em 1968, sob administração de Ilustres Brasileiros Presidentes.

#### 4.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A POPULAÇÃO a qual investigamos, foi composta de pacientes com diagnóstico oncológico e acompanhado de seus familiares, no Hospital da FAP em Campina Grande - PB, por ser o Centro de Referência Regional ao diagnóstico e tratamento de câncer.

A AMOSTRA foi composta por pacientes que estavam internados no Hospital da FAP em Campina Grande – PB, com acompanhamento de familiares que concordaram em participar dessa pesquisa, assinando o termo de compromisso de acordo com o que preconiza a resolução 196/96 – MS.

#### 4.4 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS SUJEITOS DA AMOSTRA

- **INCLUSÃO:** foram incluídos todos os pacientes e familiares que sabiam do diagnóstico.
- **EXCLUSÃO:** foram excluídos os pacientes que não atenderam aos critérios de inclusão, ou seja, aqueles que não tinham diagnóstico definitivo de câncer e aqueles que mesmo com diagnóstico de câncer não estavam sob internação, juntamente com seus familiares e os que não aceitaram em participar da pesquisa.

#### 4.5 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado para coleta de dados um formulário de entrevista com perguntas sócio demográfico e semi-estruturadas, com perguntas abertas e fechadas, ou seja, objetivas e subjetivas (ANEXO).

De acordo com Lima (2004, p. 52):

A entrevista pode ser definida como um encontro combinado entre duas ou mais pessoas, a fim de que uma ou mais delas obtenha dados, informações, opiniões, impressões, interpretações, posicionamentos, depoimentos, avaliações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza acadêmica e/ou profissional.

O instrumento foi elaborado constando de três etapas:

- 1ª etapa - caracterização do perfil dos entrevistados;
- 2ª etapa - descrição das reações dos entrevistados frente ao diagnóstico do câncer;
- 3ª etapa – relatos de conseqüências ou dificuldades vivenciadas pelos entrevistados.

**TESTE PILOTO:** foram aplicados 05 formulários de entrevistas para validação do instrumento.

#### 4.6 - PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados durante o mês de novembro de 2010, através de entrevistas com os pacientes de câncer e seus familiares selecionados para compor a mostra e que aceitaram em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo Livre Consentimento (APÊNDICE).

#### 4.7 - PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram agrupados, analisados e dispostos em tabelas e gráficos ao mesmo tempo sendo confrontados com a literatura pertinente referendada na Fundamentação Teórica. Ainda utilizamos falas de alguns entrevistados, e trabalhadas com Análise de Conteúdo. Gil (2002, p.39) explica um mesmo sentido, quando afirma:

A função deste procedimento é no fundo a exploração do próprio texto, tendo como base uma codificação que é constituída por certo número de categorias sendo cada uma composta por vários indicadores. Estes indicadores representam determinadas unidades de registro, que vamos procurar no texto. No fundo, trata-se de uma enumeração das características mais fundamentais e pertinentes que encontramos no texto.

#### 4.8 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi registrada e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da - Fundação Assistencial da Paraíba, da Universidade Estadual da Paraíba, observando-se à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Ressaltando que foi obedecida de acordo com as diretrizes éticas em pesquisa envolvendo seres humanos, como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 1996). O protocolo da pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, conforme recomendado na Resolução 196/96, sob CAEE nº: 5377.0.000.133-10 (ANEXO).

Para o cumprimento da Resolução 196/96 os seguintes documentos foram providenciados:

- 1) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (APENDICE).
- 2) TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES (APENDICE).
- 3) TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (APENDICE).

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados foram agrupados, analisados e dispostos em tabelas e gráficos ao mesmo tempo foram confrontados com a literatura pertinente referendada na Fundamentação Teórica. Ainda foram utilizadas algumas falas dos entrevistados. Sendo organizada em duas etapas:

1. Na primeira parte, foram analisadas as questões quantitativas segundo o gênero, idade, estado civil, religião, quantidade de filhos, grau de escolaridade, à origem, distribuição quanto à renda do paciente da família, do acompanhante, da ocupação, analisamos ainda o apoio psicológico e o local desse recebimento, como também sobre o conhecimento sobre a patologia, comunicação do diagnóstico e tipo da neoplasia diagnosticada.
2. Já na segunda parte foi feito uma análise de conteúdo, através de uma abordagem qualitativa das respostas discursivas, relatadas pelos pacientes e familiares através de três perguntas subjetivas.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO GRUPO EM PESQUISA

O grupo foi composto por uma amostra de 30 indivíduos, sendo 15 (100%) pacientes e 15 familiares, sendo que dos 15 pacientes nove (60%) do sexo feminino e seis (40%) do sexo masculino, com idade variando de 27 a 80 anos, como uma maior prevalência em pacientes com 59 anos (20%) apresentando como idade média da amostra o valor de 58,8% (figura 1 e 2).

No tocante ao gênero verificamos a predominância do sexo feminino (60% N = 09) em nossa amostra. Considerando este aspecto nossos dados são consoantes com as informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, cujos resultados de 2008, validos para 2009 tem como estimativa de incidência para região Nordeste um total de 42.360 novos casos, em mulheres, para cada 100 mil habitantes. Deste número estão previstos, infelizmente, para o estado da Paraíba um montante de 2.720 casos (BRASIL, 2007).

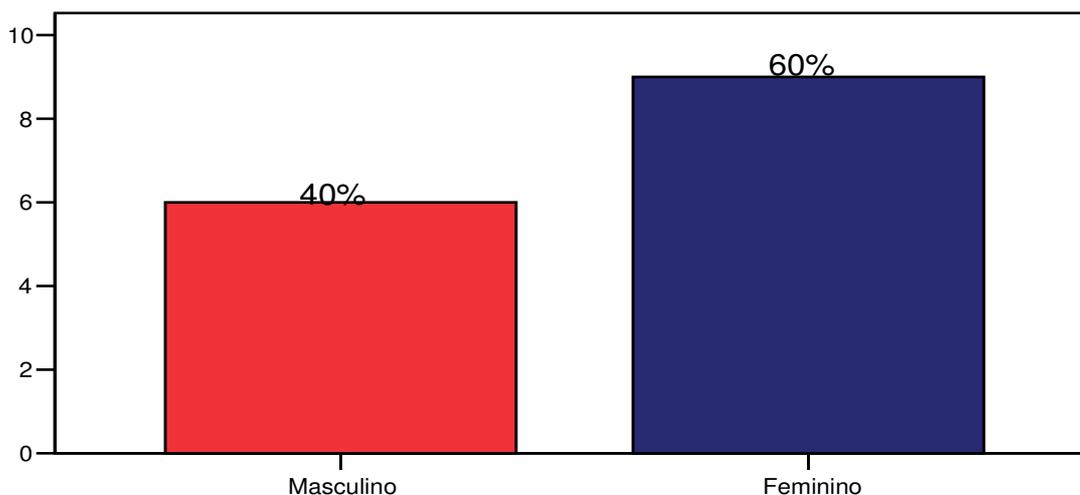


Figura 1 – Distribuição quanto ao sexo.  
Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

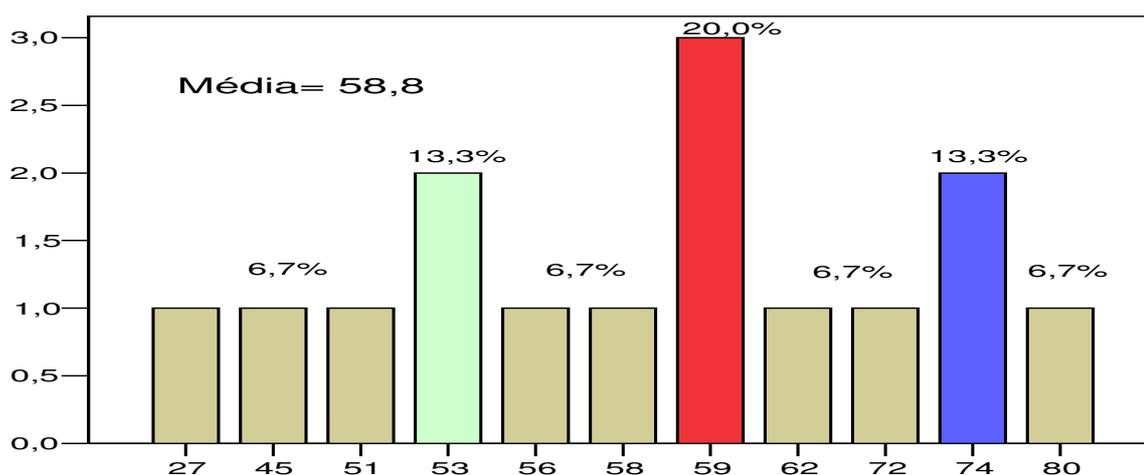


Figura 2 – Distribuição quanto à idade.  
Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

Observamos que a idade dos indivíduos que participam da amostra tem amplitude variando de 27 a 80 anos. A faixa etária de vida mais acometida pelas neoplasias foi correspondente a 59 anos (20%) atingindo o percentual de (58,8%). Nossos resultados são congruentes com exposto, por Brasil (2006) uma vez que nossa amostra é predominante do sexo feminino, sendo o mais comum o câncer de colo de útero, entre mulheres na faixa etária de 30 a 45 anos.

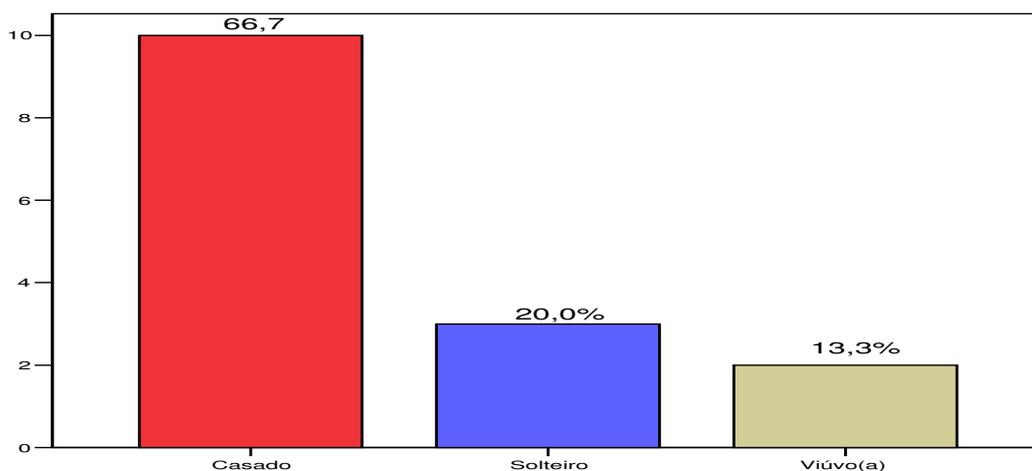


Figura 3 – Distribuição quanto ao estado civil.  
Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

Com relação ao estado conjugal destacamos a grande maioria dos pacientes 10 (66,7%) são casados, três (20%) solteiros e dois viúvos (13,3%), e destes 12 (80%) relatam terem filhos e três (20%) não têm filhos. Tal fato parece ser relevante aos pacientes oncológicos no que diz respeito ao compartilhamento das reações, emoções e consequências após a confirmação do diagnóstico, visto que uma doença como o câncer repercute sobre toda a família podendo os filhos e conjugues constituírem-se como fontes de apoio.

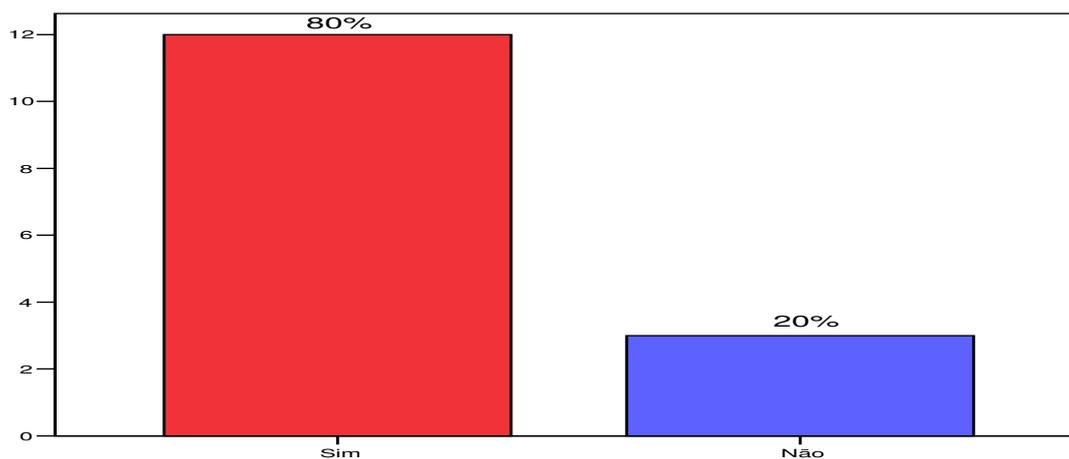


Figura 4 – Distribuição quanto à presença de filhos.  
Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

Para Silva (2000), na família cada indivíduo pertence a vários subsistemas, nos quais há diferentes níveis de poder e onde se prende habilidades diversas.

Segundo a mesma autora, o conceito família como sistema enfatiza as relações mútuas entre seus membros e o efeito que uns tem sobre os outros.

Tal fato mostra se bastante relevante quanto ao papel da família nessa situação que juntos irão compartilhar, enfrentar e superar os obstáculos encontrados após a confirmação do diagnóstico de câncer.

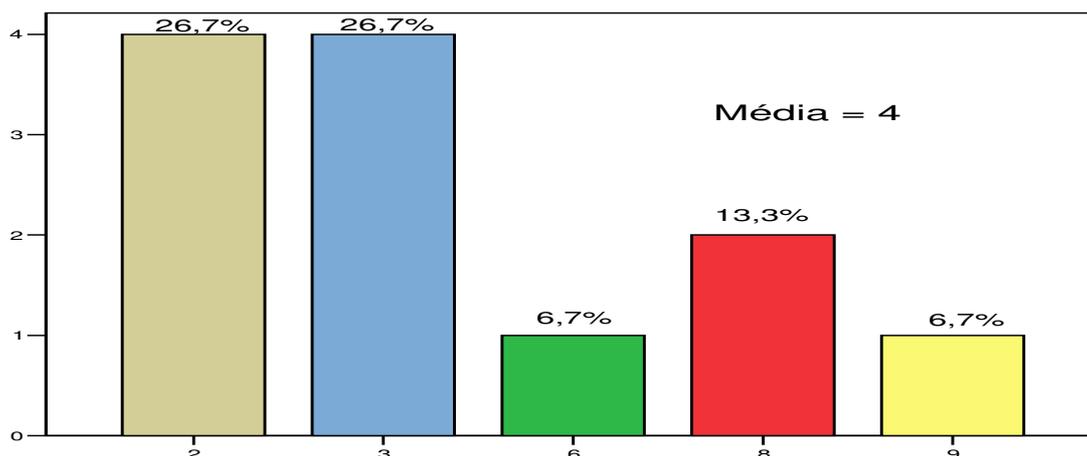


Figura 5 – Distribuição quanto ao número de filhos.  
Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

Ao quantificar o número de filhos dos pacientes verificamos que quatro possuem dois filhos (26,7%), dois possuem oito filhos (13,35) e os outros dois tem um filho (6,7%) cada, ocorrendo uma média de quatro filhos por paciente.

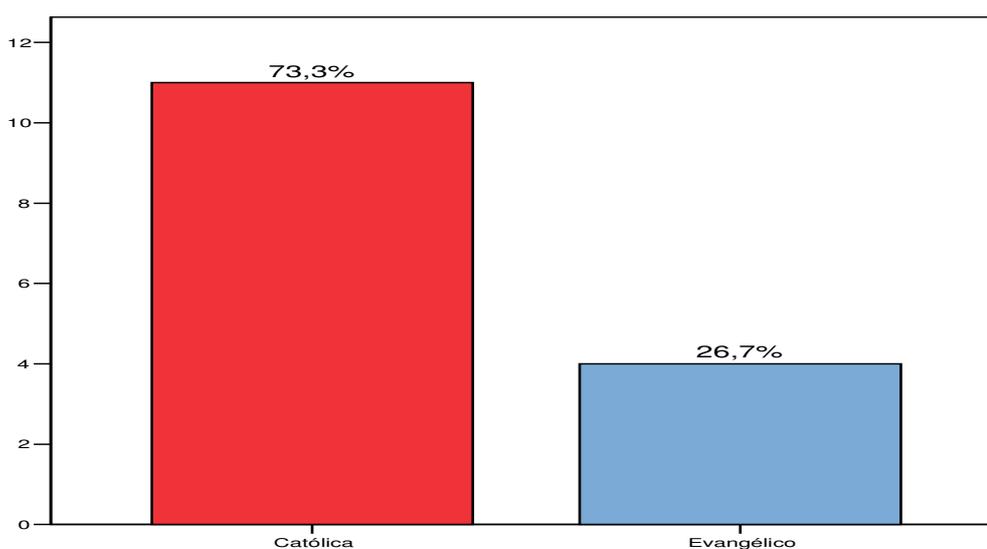


Figura 6 – Distribuição quanto à religião.  
Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

A religião mais citada foi acatólica (73,3%), demonstrando ser ela ainda a predominante do nosso país. No entanto, o número de evangélicos veio crescendo nos últimos anos como mostra um estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que revela uma expressiva redução de católicos apostólicos romanos de 95% da população no período 1940/2000. Enquanto isso, os evangélicos crescem de 2,6% para 15,4%.

Foi constatado que todos os entrevistados declararam ter fé em Deus. Que Deus é a salvação para os problemas, e que conforta e dar força para superar as dificuldades da vida. Para Peixoto (2002) apud Santos (2005), todas as religiões colocaram salvação, saúde e bem estar.

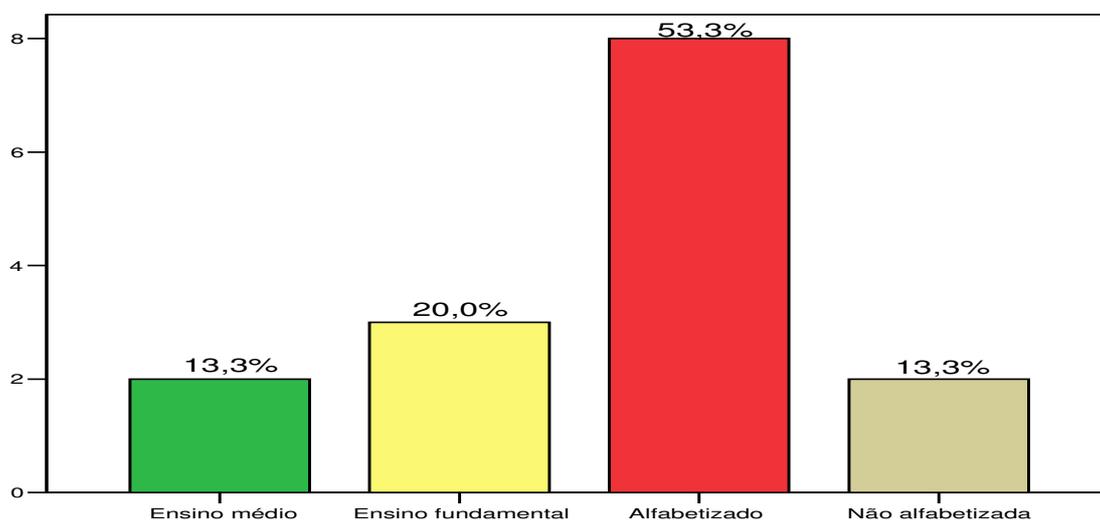


Figura 7 – Distribuição quanto à escolaridade.

Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

Também foi pesquisado o grau de escolaridade, encontrando o relato de apenas alfabetizador por oito (53,3%) pacientes, ensino fundamental por três (20%), ensino médio por dois (13,3%), assim como analfabetos, dois (13,3%) (Figura 6 e 7).

A baixa escolaridade e, conseqüentemente, o conhecimento reduzido de formas preventivas influenciam de modo direto na ocorrência de doenças e nas taxas de mortalidade. Um exemplo desta relação nos oferecido por Buss, Pellgrini (2006), quando relatam que, de acordo com um Relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), no ano de 2000, a taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos, entre filhos de mulheres com até três anos de

estudo, era quase 2,5 vezes maior que entre os filhos de mães com oito ou mais anos de estudo.

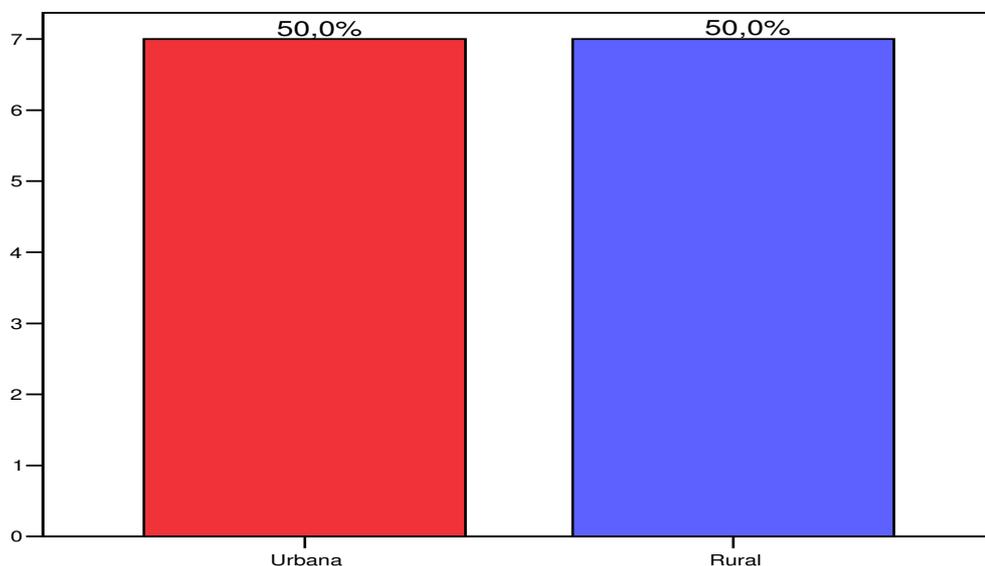


Figura 8 – Distribuição quanto à origem.  
Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

A origem dos pacientes ficou distribuída entre zona rural e urbana de forma igualitária com sete (50%) para cada um. Sendo a ocupação predominante a agricultura cinco (33,3%), seguida de pessoas do lar três (20%), pedreiro, servente e pintor um (6,7%) cada e quatro (26,7%) pacientes relataram ser aposentados (Figura 7 e 8).

Percebe-se que nesta pesquisa a maior prevalência de câncer é em indivíduos que vivem da agricultura, no qual pode corresponder a um fator de risco para desenvolver uma doença se não tomar medidas preventivas adequadamente.

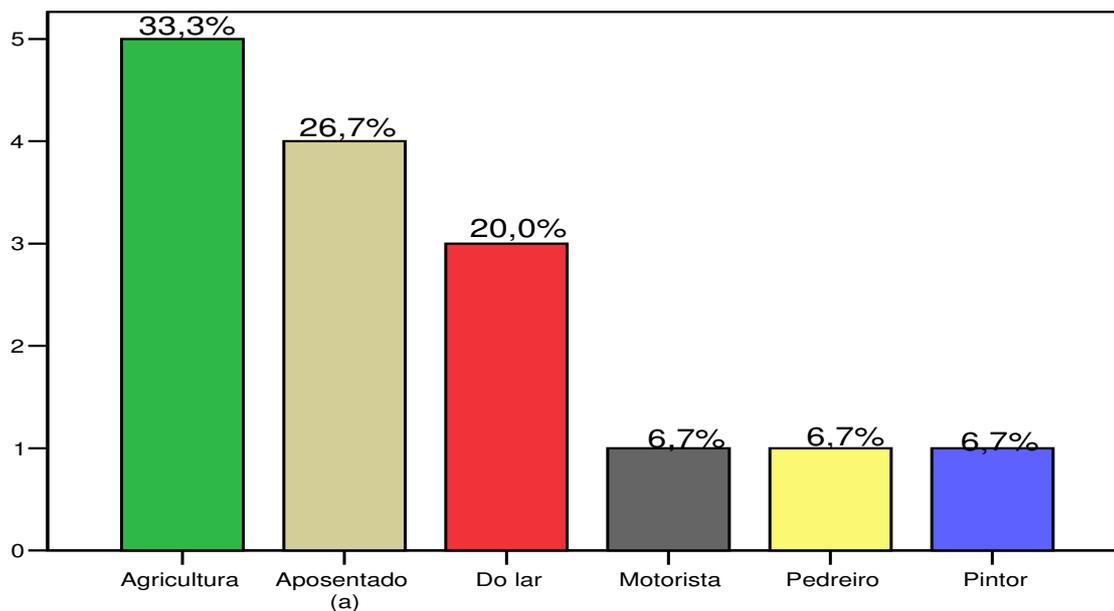


Figura 9 – Distribuição quanto à ocupação.  
Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

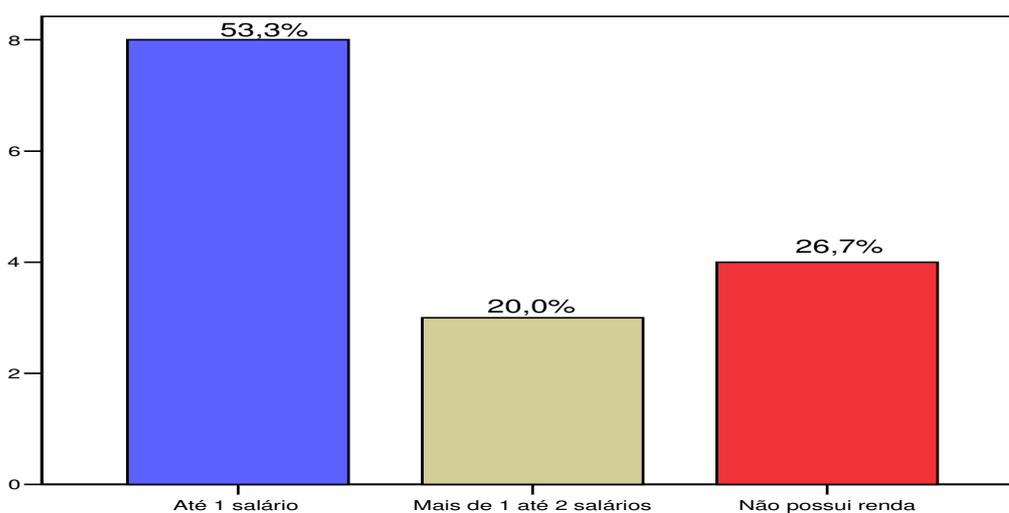


Figura 10 – Distribuição quanto à renda do paciente.  
Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

Quanto à renda foram verificadas tanto renda individual dos pacientes quanto renda da família em geral. Em relação ao paciente a renda de até um salário foi relatada por oito (53,3%) e mais de um a dois salários por três (20%), sendo que quatro (26,7%) afirmaram não possuir renda. Estes valores repetiram-se, porém tratando-se da renda familiar (Figura 9 e 10).

Tal fato mostra situação pouca precária, indivíduos que se mantêm apenas com um salário mínimo para sustentar sua família e ainda tratar a doença, e outros não possuem nenhuma renda, sendo dependente dos outros para se manter.

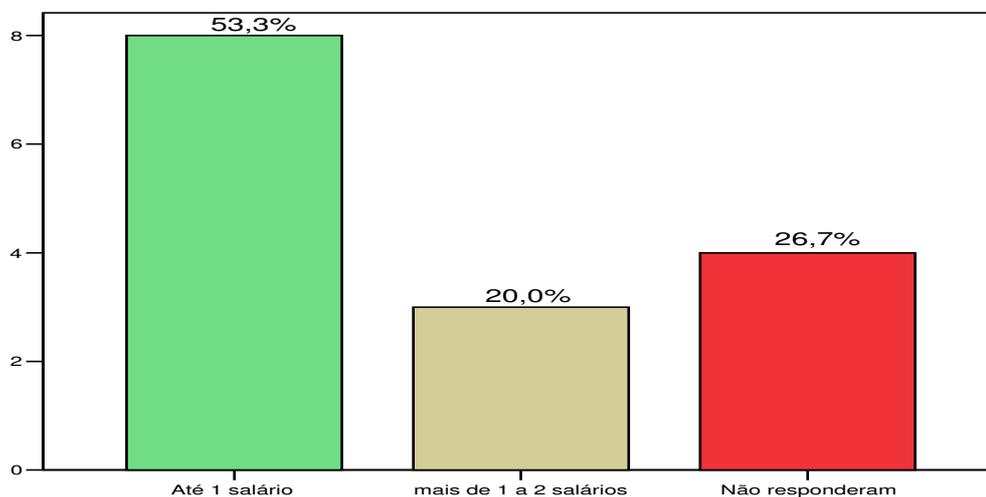


Figura 11 – Distribuição quanto à renda familiar.  
Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

Foi verificada a presença de acompanhantes em todos os casos e estes acompanhantes compreenderam os filhos em seis (40%) casos, amigo, esposa e nora em dois (13,3%) cada e irmã, sobrinho e tio em um (6,7%) cada (Figura 12).

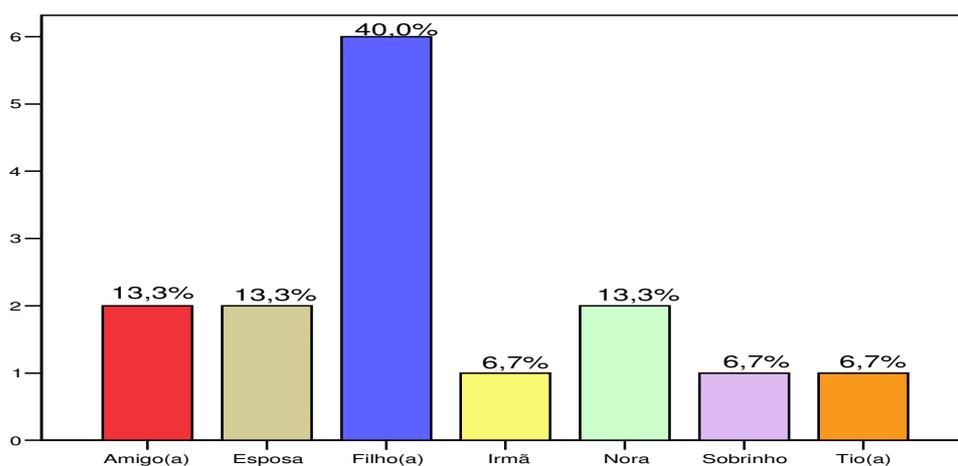


Figura 12 – Distribuição quanto ao acompanhante.  
Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

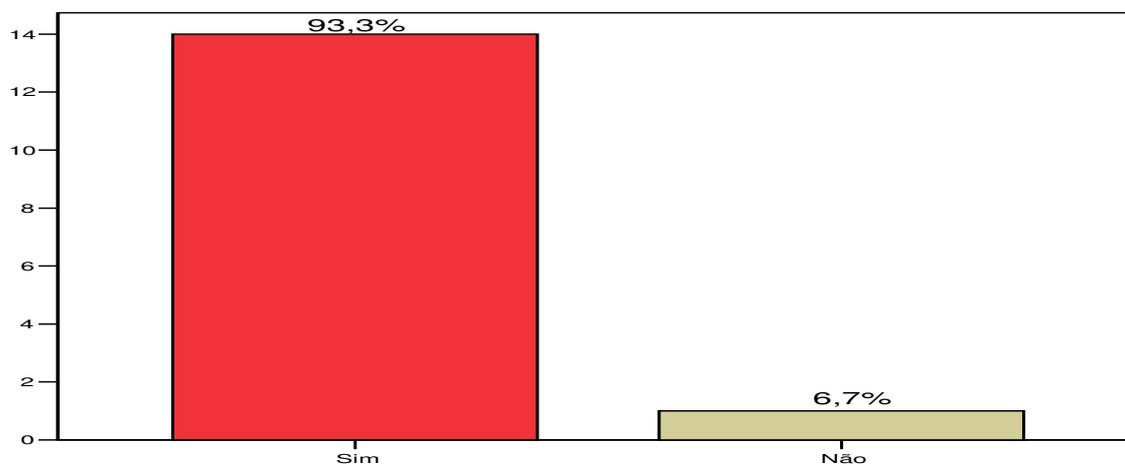


Figura 13 – Distribuição quanto o recebimento de apoio psicológico.  
Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

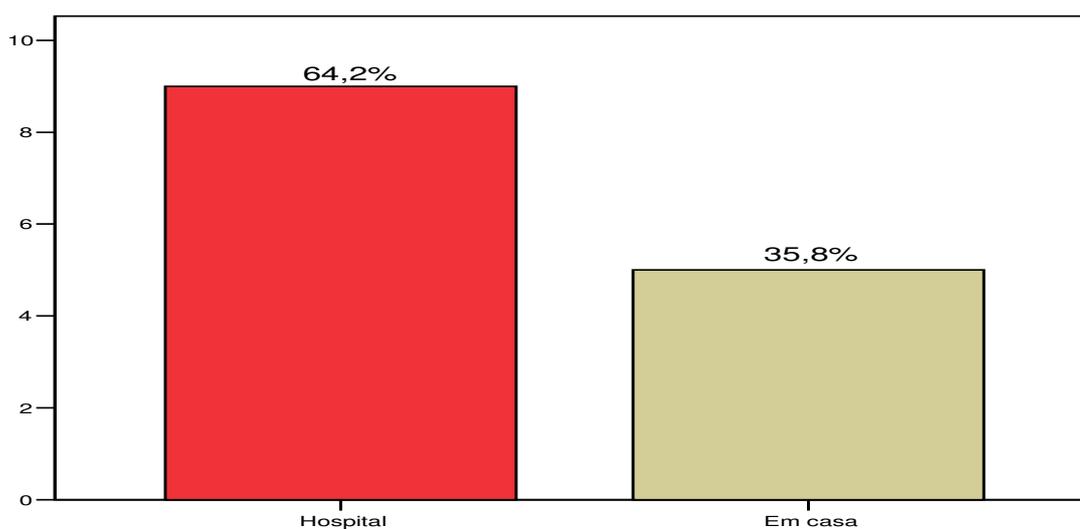


Figura 14 – Distribuição quanto ao local do recebimento de apoio psicológico.  
Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

O apoio psicológico foi relatado por 14 (93,3%) sendo que deste que receberam apoio psicológico nove (64,2%) o recebe dentro do próprio hospital e cinco (35,8%) fora do hospital (Figura 13 e 14).

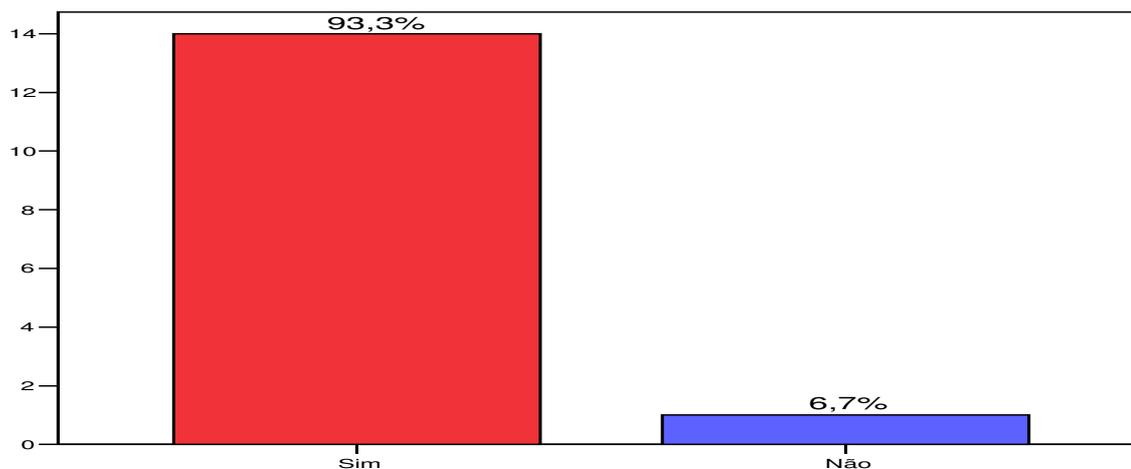


Figura 15 – Distribuição quanto ao conhecimento sobre a doença.

Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

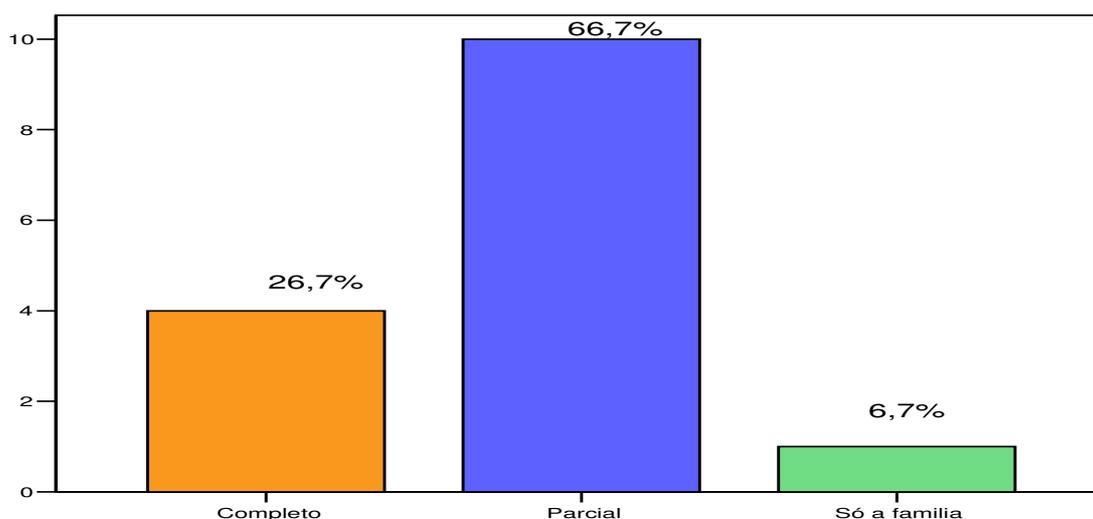


Figura 16 – Distribuição quanto ao grau de conhecimento sobre a doença.

Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

Quanto ao grau de conhecimento sobre a sua doença foi relatado por 14 (93,3%) dos pacientes sabem sobre o diagnóstico e um (6,7%) não tem conhecimento sobre seu estado, tendo conhecimento parcial sobre a sua doença em 10 (66,7%) dos pacientes, conhecimento total em quatro (26,7%) casos e em um (6,7%) só a família tinha conhecimento sobre a doença (Figura 15,16).

Tabela 1- Tempo de conhecimento sobre o diagnóstico da doença atual.

Tempo	Freqüência	Percentual
4 meses	1	6,7%
5 meses	1	6,7%
6 meses	2	13,3%
7 meses	4	26,7%
1 ano	3	20,0%
4 anos	1	6,7%
6 anos	1	6,7%
7 anos	1	6,7%
18 anos	1	6,7%
TOTAL	15	100%

Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

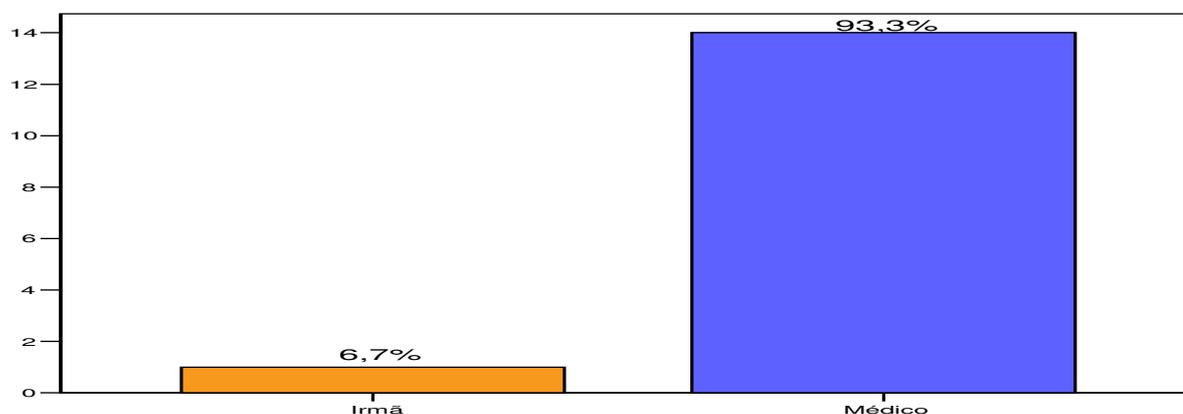


Figura 17 – Distribuição quanto à comunicação do diagnóstico.

Fonte: Dados da Pesquisa - FAP, 2010.

Já o comunicado a cerca do diagnóstico foi dado aos pacientes através do médico em 14 (93,3%) casos e pela irmã do paciente em um (6,7%) caso (Figura 17).

NEOPLASIA	Freqüência	Percentual
CA útero	4	26,7%
CA intestino	3	20,0%
CA próstata	2	13,3%
CA esôfago	1	6,7%
CA pele	1	6,7%
CA pênis	1	6,7%
CA língua	1	6,7%
CA estômago	1	6,7%
CA rins	1	6,7%
TOTAL	15	100%

Tabela 2 – Tipo de neoplasia diagnosticada – FAP, 2010.

Com diagnóstico de neoplasia maligna com a seguinte distribuição CA de útero em quatro (26,7%), CA de intestino em três (20,0%), CA de próstata em dois (13,3%) e CA de esôfago, pele, pênis, língua, estômago e rins em um (6,7%) caso cada (Tabela 2).

O câncer de útero ocorre com mais freqüência em mulheres entre 30 a 45 anos de idade, porém pode ocorrer mais precocemente, sendo vários fatores de riscos (SMELTZER E BARE, 2002).

No Brasil, estima-se que o câncer de colo do útero seja a terceira neoplasia maligna mais comum e a quarta causa de morte entre mulheres (INCA 2006).

## 5.2 ANÁLISE DOS DISCURSOS

### **1º Questão: como foi receber o diagnóstico de câncer paciente/família?**

Podemos observar nas respostas das entrevistas que as repercussões ao receber diagnóstico são bem semelhantes tanto para o paciente como para a sua família, que juntos compartilham o mesmo sofrimento diante do diagnóstico de câncer. Lembrando também que alguns pacientes aceitam tranquilamente, outros não aceitam, outros não sabem que tem câncer só à família sabem, do mesmo modo é a família a maioria sabem e da apoio, outros não aceitam esse tipo de impacto. Podemos observar nas falas dos entrevistados ao receber o diagnóstico.

*“... um choque muito grande, não aceitei a doença, muito difícil de aceitar...” (EP)*

*“... muito triste, porque é uma doença muito ruim, uma coisa que não esperava, foi um choque muito grande...” (EP)*

*“... fiquei muito tenso, preocupado, com medo da família não me ajudar...” (EP)*

*“... muito ruim, muito triste, um choque muito grande, mas infelizmente agente está pronta para essas coisas mesmo, aceitei faz o que?...” (EP)*

Com relação ao “choque”, Stedeford (1986) apud Oliveira (2009), relata que no momento em que recebe o diagnóstico o paciente é arremetido por sentimentos

de desamparo e incredulidade, ficando atônito, muitas vezes sem compreender o que é dito e assimilar todas as informações.

Alguns pacientes e familiares tendem a adotar uma postura corajosa e de positividade, enquanto outras antecipam suas perdas, se auto-fragilizando, sofrendo elevados níveis de ansiedade.

Quanto à família o impacto do diagnóstico de câncer é bem igualitário ao do paciente, no qual as repercussões são as mesmas, muitos não aceitam esse tipo de diagnóstico.

*“... foi terrível, fiquei sem chão, sem querer ver ninguém muito pensativa, não esperava de jeito nenhum, ficamos muito chocantes. A notícia é muito comovente...” (EF)*

*“... muito triste, um choque muito grande, decepcionante, muito difícil de aceitar, arrasador, horrível, se aperriamos muito, como seria para cuidar dele...” (EF)*

*“... é sempre um choque em função da gravidade, o sofrimento é muito grande e intenso. A família inteira fica abalada e não aceita, temos que aceitar na marra...” (EF)*

*“... uma reação muito difícil de aceitar né! Sem querer acreditar as irmãs perderam peso, não esperava acontecer na família, muito difícil de aceitar esse tipo de diagnóstico...” (EF)*

*“... choque grande, até hoje não queremos aceitar, por ser o primeiro caso na família...” (EF)*

De acordo com Ferreira (2001) apresenta para esses vocábulos as seguintes significações: Choque: abalo emocional; Impacto: choque e/ou impressão muito forte; Supressa: acontecimento imprevisto; Abalo: emoção/choque.

De acordo com Gameiro (2004), está doente é um processo habitualmente mediado por um contexto emocional muito forte. Além do mal estar físico, a doença coloca o indivíduo frente a suas fragilidades, ameaçando-o com possíveis perdas

nos níveis físicos, causando-lhe angústia, gerando insegurança em relação ao seu desfecho.

## **2º Questão: quais foram às reações após a confirmação definitivo de câncer paciente/família?**

Verificamos que foram categorizadas duas reações: “reações emocionais e comportamentais”.

Lopes (2005) refere que a maioria dos pacientes diagnosticados como tendo câncer reagem com significativos níveis de estresse emocional. A vivência de incertezas associadas ao diagnóstico – semelhantes na maioria das pessoas – induz sentimentos de medo de possíveis dores, da desfiguração, da inaptidão, da ruptura de relações e de possível morte.

*“... fiquei muito depressiva, chorei, triste, muita dor, angustia, muito sofrimento, também nessa situação qualquer pessoa fica deprimida, mas me deram muito conselho e tirei mas da minha cabeça. Muita gente fica bom ...”(EP)*

*“... entreguei-me nas mãos de Deus, chorei, fiquei triste, ao invés da família me dá força, eu quem dou força a ela, falo para elas deixem de besteira, entrego tudo nas mãos de deus...” (EP)*

*“... só medo da morte, chorei muito, fiquei muito triste, preocupada, nervosa, mas faço de tudo para não transmitir esse sofrimento para a família, tento me controlar...”(EP)*

As reações após o diagnóstico de câncer são diversas em pacientes oncológicos, porém os que mais aparecem são: tristeza, depressão, choro, muita dor, muito sofrimento, medo da morte, nervosismo, agressividade, impaciência etc. De acordo com Pimenta, Koizumi e Teixeira (2000), o sofrimento psicológico apresenta-se com aparecimento da depressão sendo caracterizada através de vários sinais e sintomas tendo início com humor depressivo na maior parte do dia.

*“... a família quem teve, chorou muito, ficou triste, preocupada. Mas eu não tive nada, porque tenho muita fé em Jesus, ele é o poderoso sem ele não somos ninguém...” (EP)*

*“... fiquei muito agressiva, impaciente, não queria me ver no espelho, queria pular da janela do apartamento...” (EP)*

*“... medo, muita tristeza, insônia, só pensava no pior, mas deus está me dando fé e me perco muito em Deus, porque quando a gente recebe o diagnóstico desse se desespera...” (EP)*

Outro atributo encontrado na literatura brasileira citada por Pessini (2007), é que o sofrimento vinculado a uma doença terminal suscita nos pacientes questões sobre o sentido da vida, o bem e o mal, a trajetória pessoal e o destino e questões de ordem espiritual ou filosófica que, por sua natureza, não são medicas e têm origem a reflexão acerca da doença e do sentido do sofrimento, da vida e da morte.

Nas entrevistas dos familiares percebemos o quanto a família sofre diante de uma doença que na maioria das vezes não tem cura, que juntos sofrem a mesma dor ou sofrimento.

*“... estamos muitos chocados, tristes, choramos, mas não choramos na frente dela mostramos que está tudo bem, angustiados, alguns depressivos, estressados, é muito sofrimento. Mas temos esperança que ela vai ficar boa...” (EF)*

*“... fiquei muito ansiosa. Mas fico aceitando as coisas de Deus, porque já tinha perdido um filho e não tenho mais nem vontade de chorar...” (EF)*

*“... estamos arrasados e abalados, desesperados com a notícia, às vezes não temos força para cuidar dela...” (EF)*

*“... estamos nervosos, muito revoltados, medo do pior, da perda, da morte, não queremos aceitar...” (EF)*

Peçanha apud Carvalho et al (2008), define cientificamente o enfrentamento como sendo o processo de mobilização emocional, comportamental e cognitivo, visando a adaptação a situações que mudam em cada etapa da doença.

Massler (2003) apud oliveira (2009) apresenta dado que corroboram estas expressões comportamentais, ou seja, o autor também observou que muitas vezes o paciente oncológico foi quem deu suporte básico aos seus familiares.

Nas falas dos entrevistados percebemos o quanto a fé é importante para o conforto tanto para o paciente como para a família, pois é vivenciada como uma força para a resolução do problema, como uma fonte de esperança no qual os doentes podem esperar a cura.

*“... Deus é bom, me deu força, me conforta e tive que enfrentar...”*  
(EP)

*“... mas Deus está me dando fé e me perco muito em Deus...”* (EP)

*“... entreguei-me nas mãos de Deus...”* (EP)

*“... mas Jesus é muito fiel, só ele nos ajuda e dar força, fé e coragem...”*  
(EF)

Para Faria e Seidl (2005), as pessoas podem depositar em Deus diferente graus de poder a respeito do seu destino, as autoras acrescentam que tal comportamento funciona como auxílio, quando as pessoas estão diante de situações nas quais se sentem incapazes de enfrentar, dessa forma a religiosidade, a fé, a crença são recursos de enfrentamento da doença.

### **3º questão: o que aconteceu após a confirmação e durante o tratamento de câncer paciente/família?**

Além do sofrimento físico, psicológico e social, estão presentes na maioria dos casos os sofrimentos econômicos, que acabam sendo mais uma perturbação para o paciente e família.

O impacto econômico apresenta-se como um fator martirizantes ao paciente e família que se encontra diante do Sistema Único de Saúde. A partir disso, o paciente ver-se doente e dependente de recursos financeiros de terceiros

(familiares, amigos, instituições, e outros) para a manutenção do tratamento, colocado em situação desgastante e angustiantes.

*“... são muitas me deu trombose nas pernas, os meus filhos moram distantes e não podem cuidar de me e meu esposo quem segura à barra. Dificuldades financeiras, a situação é muito precária, moro longe do hospital, qualquer problema de saúde temos que se locomover para outra cidade...” (EP)*

*“... situação que todo pobre passa, deixei de trabalhar, de ajudar a família, comecei a pagar particular, mas no final não deu mais certo, mesmo dando um jeito e a família ajudando o tratamento é muito caro. Mas graça a Deus conseguir ficar nesse hospital e está dando certo...”*

*“... dificuldade foi que no início não tinha documento e tiver que providenciar tudo para da início ao tratamento, com isto tendo um atraso no tratamento, dificuldade com transporte é muito difícil conseguir, os caminhos são muito ruim me incomoda muito. Mas Deus nos ajuda e no final da tudo certo...” (EP)*

*“... Dor vinte e quadro hora, fiquei isolada do mundo, estressada por causa da dificuldade financeira para pagar os exames, muita dificuldade de conseguir consulta medica...”(EP)*

*“... dificuldades assim porque só sou eu para cuidar dela, os outros filhos moram distantes, me sobrecarrego muito. Mas está indo, estou tendo paciência, não estou me estressando muito, estou conformada...” (EF)*

A dor é um sintoma freqüente em pacientes com câncer. Como diz Caporeno, Vieira e Teixeira (2004), é um sinal de aviso que muitas vezes, indica e permite o diagnóstico da ocorrência ou do avanço da doença.

A dor crônica também traz várias conseqüências entre elas interferem no sono: a pessoa tem dificuldade para dormir, acorda durante a noite e pela manhã, sente-se cansada e disposta. Há repercussão também sobre a família, que acaba dormindo pouco e mal. Além disso, a dor associada à insônia gera mais ansiedade, irritabilidade, depressão e tensões, quando não solucionada (PIMENTA, 2003).

Observarmos nas falas dos familiares que as angústias econômicas são igualitárias para os familiares que sofre ainda mais por ver seu parente diante de tanta dificuldade sem poder ajudar.

Com relação à família, os recursos financeiros são bem importantes na medida em que estabelece o bem estar do seu paciente, visto que pode ajudar na manutenção e tratamento da doença. Mas configura-se como um problema e angústia para muitas famílias que não tem condições financeiras e acaba sofrendo juntos com seu doente.

*“... dificuldade financeira, meu marido sem trabalhar, os filhos não querem que faça cirurgia, porque não tem mais cura. Só Deus quem está nos segurando, se não fosse Deus, não sei o que seria de nós...” (EF)*

*“... acarretou o conflito em casa, estresse, muitas dificuldades financeiras, o esposo está sem trabalhar por causa do problema dela e cuida de uma filha deficiente. Tudo é difícil para a alimentação, pagar exames, dificuldade com transporte tem que está perdido na prefeitura. E não temos muito o apoio da família...” (EF)*

*“... a família não está dando muito o apoio e de me ajudar, para ficar no hospital, só sozinha para cuidar dele. Ele também não colabora muito na parte financeira, não gosta de gastar seu próprio dinheiro, fica guardando o dinheiro e não solta para se tratar...” (EF)*

*“... o estresse de lidar com a doença, questão do serviço público, porque não temos muito acesso, a carência é muito grande do serviço público, não temos condições financeiras para tratar a doença. O serviço público precisa mais de verbas, para melhorar a qualidade de vida do paciente...” (EF)*

Silva (2000) relata que as famílias com algum membro doente têm que enfrentar obstáculos que normalmente não enfrenta, tendo de lidar com os médicos e instituições de saúde, procurando angariar a simpatia de todos os provedores de saúde para, da melhor maneira possível, oferecer um “bom” ao seu doente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término dessa pesquisa verificamos que não há dúvidas o quanto é importante o papel da família no adoecimento, principalmente quando se trata de uma doença como o câncer, pois o câncer acaba tornando-se um divisor da existência, para o doente e sua família, há sempre um antes e um depois da doença, tanto para os sucessos como para fracassos, tanto para as transformações positivas que possam ocorrer como as negativas.

Evidenciou-se que ocorrem modificações decorrentes do diagnóstico, associados às construções culturais que podem levar a implicações psicológicas e interpessoais, escolha do tratamento e adesão a ele, ou mesmo a morte ou a necessidade de reestruturar a vida pós-câncer. Como podemos observar tanto o paciente como a família sofre as mesmas conseqüências diante do diagnóstico, pois precisam de apoio para superar as repercussões do diagnóstico.

Ao coletarmos informações junto aos indivíduos com câncer, buscando compreender o turbilhão de emoções produzidas pela revelação do diagnóstico, aprendemos que mudanças na vida não são percebidas como algo fácil, no entanto, depende da personalidade, de cada paciente ou família, e então compreender a realidade, para que o câncer possa ser vivenciado como algo natural.

Demonstra-se a importância de uma orientação adequada, feita por profissionais de saúde, no qual possam ter inter-relacionamento e habilidades, para privilegiar todas as intervenções num contexto sistêmico, valorizando todas as instâncias: físicas, emocionais, sociais, culturais, espirituais e éticas, do paciente e da família, com o propósito de amenizar fases tão difíceis dos semelhantes. E como é necessário que os próprios profissionais estejam preparados e atentos para as eventuais ressonâncias que o câncer e a morte podem causar no paciente e família.

Sendo assim, depois da revelação do diagnóstico, a participação do enfermeiro pode ser indispensável para ajudar o paciente e a família a adaptar-se a sua nova condição de vida. A presença do enfermeiro, se verdadeiramente comprometido com o cuidar, é importante para que o paciente e família não se sintam sozinhos, para que eles possa se manifestar seus receios e esclarecer

questionamentos que não puderam ser feitos ou expressos no momento em que foram informados do diagnóstico.

Seria demasiado otimismo sugerir que o câncer é uma experiência positiva. Claro que não é. Mas as pessoas que verdadeiramente o aceitam, acabam usando-o de maneira positiva para crescer em direção a uma vida melhor. A família e o paciente poderão se beneficiar de uma crise de vida representada pelo aparecimento do câncer, e iminência da morte, se permitir que os efeitos conjuntos dos processos individuais, familiares e sociais promovam a reestruturação de seu equilíbrio e a aquisição da resiliência.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, E. F. **Ser-no-mundo portador de câncer e de ostomia intestinal: contribuição para assistência de enfermagem.** 1996. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- BONASSA, E. M. A. Protocolos quimioterápicos mais comuns. In: BONASSA, E. M. A. **Enfermagem em terapêutica oncológica.** 2. ed. Rio de Janeiro: Ateneu, 2000.
- BOUSSO, S. R; ÂNGELO, M. **Fundamentos da assistência à família em saúde. Manual de Enfermagem** – Programa de Saúde da Família. São Paulo: Ministério da Saúde/USP; 2005.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Diretriz e normas reguladoras de pesquisa em seres humanos.** Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>> Acesso em:15 set. 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** Uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª edição Revista, Atualizada e Ampliada: Disponível em: [http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/ficha\\_tecnica.pdf](http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/ficha_tecnica.pdf). Acesso em: 07 Ago. 2010
- CAPONEIRO, R; VIEIRA, D. E; TEIXEIRA, M.J. **Dor no doente com câncer.** Ano IV. Prática Hospitalar, número 35, ano: out. 2004. Disponível em:<<http://www.praticahospitalar.br/prática%2035/paginas/matéria%2001-35.html>. Acessado em: 15/11/2010
- CARVALHO, M.M.M.J. (Coord.). **Introdução a psiconcologia.** São Paulo: Editora Livro Pleno, 2003.

CARVALHO, V. A.; MACIEIRA, R.C.; LIBERATO, R. P.; VEIT, M. T.; KOVACS, M. J; GOMES, M.J.B.; FRANCO, M.H.P.; BARROS, L.H.C. (Orgs.), **Temas em psico-oncologia** (pp.210-217). São Paulo: Sammus Editorial, 2008

CHINOY, E. **Sociedade: uma introdução à sociologia**. São Paulo: ed. Cultrix, 1967, p. 200-237.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: ed. Nova Fronteira, 1988, p. 289.

FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio Século XXI escolar: o minidicionário da língua portuguesa**. 4. ed. rev. ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FRANKL, V. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo da concentração**. Petrópolis: Vozes, 1991.

FRANKS, L. M. **O que é câncer**. Em: L. M. Franks & Teich, N. (Orgs.). Introdução à biologia celular e molecular do câncer. (p. 01-24). São Paulo: Livraria Roca Ltda, 1990.

GAMEIRO, M.G.H. **“Estar doente”:** atribuição pessoal de significações. Revista Referência. 2004; n°12

GIGLIO, A. **Câncer:** introdução ao seu estudo e tratamento. São Paulo: Pioneira, 1999.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas S.A., 2002.

HART, C.F.M. et al. **Câncer uma abordagem psicológica**. Porto Alegre: AGE, 2008

IBGE – Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística. Disponível em: [HTTP://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias\\_visualiza.php?id\\_noticia=892&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias_visualiza.php?id_noticia=892&id_pagina=1). Acesso em 02/12/2010

INCA. Instituto Nacional do Câncer. câncer do colo do útero. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/conteúdo\\_view.asp?id=326](http://www.inca.gov.br/conteúdo_view.asp?id=326). Acesso em 03/12/2010.

KUMAR, V. **Bases patológicas das doenças**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.

LESHAN, L. **O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais da saúde**. São Paulo: Summus, 1992.

LIMA, Manolita Correia. **Monografia: a engenharia da produção acadêmica**. São Paulo: Saraiva, 2004.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer: o estudo compreensivo**. 2003. 225f. Tese (Doutorado) – Faculdade de filosofia, Ciências e letras de Ribeirão Preto, universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

PACHEGO, E. TRISOTTO, E. A nova casa: arranjos familiares pós-moderno. **Revista Eletrônica Uniter.com**, 2006. In: JUNIOR H, P. O. S; Silveira, M. F. A. GAULDA, D. M. R. Uma casa, uma família: a experiência de moradia e de construção dos “laços de parentesco” na residência terapêutica.

PATRICIO, Z.M. **Métodos qualitativos de pesquisa**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

PESSINI L. Distanásia: Até quando prolongar a vida a vida? 2º edição. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2007. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=mD4vixs8&oi=nd&pg=PA21&dg=pessini+Distan%C3%A1sia:+at%C3%A9+quando+prolongar+a+vida%3F+S%C3%SA3o+&Otos=WUDv1TsWwO%sig=bzXkPTdg3MN8ZGUHu5s2AgCsSHI#v=o>

nepage&q=pessini%20L.%20Distan%C3%A1sia%3ªA%20atC3%A9%20quando%20prolongar%20a%20vida%3F20S%C3%A3o&f=false>Acessado em:20/11/2010.

PIMENTA, C.A.M., Koizumi MS, Teixeira MJ. **Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes.** Rev Esc Enferm USP. 2000; 34(1):76-83. Disponível em: <<http://WWW.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a10.pdf>>. Acessado em:15/11/2010

PIMENTA, CAM. **Dor oncológica: bases para avaliação e tratamento.** O mundo da saúde. 2003; 27 (1): 98 - 110

POLIT, D. F.; GUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 1995.

PRADO, D. **O que é família.** Ed. Brasiliense. v. 12, 1981

OLIVEIRA, L.P.T. **A comunicação de uma notícia: o diagnóstico de câncer de mama na perspectiva de pacientes e familiares** [dissertação]. Universidade Federal de Uberlândia, 2009.

SIMONTON- MATTHEWS, Stephanie. **A Família e a Cura.** São Paulo, Summus. Editorial, 1990.

SMELTZER, S. C., BARE, B. Bruner & Suddarth: **tratado de enfermagem médico- cirúrgico.** 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2 v.

SILVA, C.N. **Como o câncer (des) estrutura a família.** São Paulo: Annablume, 2000.

TONON, L. M; SECOLI, S. R.; CAPONERO, R. Câncer colorretal: uma revisão da abordagem terapêutica com bevacizumabe. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 53, n. 2, p. 173 -182, 2007.

SANTOS, M.A. **Papel da religião junto a familiares de pacientes com câncer.**  
Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade Católica de Goiás,  
Goiânia, 2005.

# APÊNDICES

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa: **“Câncer: conseqüências para paciente e família após a confirmação do diagnóstico”**.

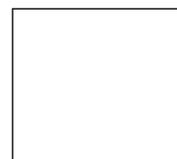
Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho Câncer: conseqüências para paciente e família após a confirmação do diagnóstico, terá como objetivos: Investigar quais as conseqüências para o paciente e família após a confirmação do diagnóstico de câncer.
  - Caracterizar o perfil do paciente oncológico e familiares quando tomam conhecimento do diagnóstico;
  - Descrever as reações de pacientes e familiares frente ao diagnóstico e tratamento do câncer;
  - Relatar as conseqüências vivenciadas por pacientes e familiares após a confirmação do diagnóstico de câncer e no decorrer do tratamento.
- Ao voluntário só caberá a autorização para responder a entrevista e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.
- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 3315-3335 para falar com Eliane M<sup>a</sup> Nogueira Costa de Vasconcelos, do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma,

podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou impressão dactiloscópica



Polegar Direito

Campina Grande 27 de setembro de 2010

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR  
OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 do CNS**

**Pesquisa: Câncer: consequências para o paciente e família após confirmação do diagnóstico**

Eu, Eliane M<sup>a</sup> Nogueira Costa de Vasconcelos, Professora da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 914249 – PB do CPF 13141384487 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

---

Orientando

---

Orientador

Campina Grande, 27 de setembro de 2010.

**FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA – FAP**  
**CNPJ: 08.841.421/0001-57 Inscrição Estadual: Isento**  
**Av. Dr. Francisco Pinto s/n – Bodocongó – Cx. Postal 405**  
**CEP: 58109-783 – Campina Grande - PB**  
**Telefone/fax (83) 2102-0300 – E-mail: fapcg@uol.com.br**

### **TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Câncer: conseqüências para o paciente e família após a confirmação do diagnóstico”, desenvolvida pela aluna Joseilda Leite de Carvalho, do Curso de enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Eliane M<sup>a</sup> Nogueira Costa de Vasconcelos.

---

Assinatura

Campina Grande, 27 de setembro de 2010.

# **ANEXOS**

## ANEXO

**FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS  
E INFORMAÇÕES CLÍNICAS**
**Informações sócias demográficas**

1. Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
2. Estado Civil: ( ) Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Viúvo (a) ( )  
Divorciado
3. Filhos: ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_
4. Grau de Escolaridade:  
( ) Não alfabetizada ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( )  
Ensino Superior
5. Religião: \_\_\_\_\_
6. Ocupação/ profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_
7. Procedência: ( ) urbana ( ) rural
8. Família  
Grau de parentesco:  
( ) Pai ( ) Mãe ( ) Filho ( ) Tio (a) ( ) Nora  
( ) Genro ( ) Esposa Outros ( ) \_\_\_\_\_
9. Recebe apoio Psicológico?  
( ) sim ( ) não  
( ) no hospital ( ) fora do hospital
10. Recebe apoio Espiritual/Religioso?  
( ) sim ( ) não  
( ) no hospital ( ) em casa ( )  
Qual \_\_\_\_\_
11. Paciente: ( ) inconsciente ( ) consciente Alo e Aulo ( ) afásico ( )  
mudez  
( ) palavras impróprias ( ) sons incompletos
12. Paciente e família sabe o diagnóstico  
Paciente ( ) sim ( ) não ( ) completo ( ) parcial ( ) só a família  
Família ( ) sim ( ) não ( ) completo ( ) parcial
13. Há quanto tempo lidar com a doença?  
( ) anos ( ) mês (s) ( ) dias
14. Há quanto tempo recebeu o diagnóstico? \_\_\_\_\_
15. Quem lhe informou? \_\_\_\_\_
16. Diagnóstico \_\_\_\_\_
17. Já fez cirurgia?

( ) sim ( ) não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
Qual: \_\_\_\_\_

## **ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

1. Fale sobre como foi receber o diagnóstico de câncer paciente/família?

---

---

---

2. Quais foram suas reações após a confirmação definitivo de câncer paciente/família?

---

---

---

3. O que aconteceu após a confirmação do diagnóstico e durante o tratamento de câncer paciente/família?

---

---

---

---

Andamento do projeto - CAAE - 5377.0.000.133-10				
Título do Projeto de Pesquisa				
CÂNCER: CONSEQUENCIAS PARA O PACIENTE E FAMÍLIA APÓS A CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	15/10/2010 10:49:02	22/10/2010 09:21:47		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Aprovado no CEP	22/10/2010 09:21:47	Folha de Rosto	5377.0.000.133-10	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	28/09/2010 10:38:31	Folha de Rosto	FR374899	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	15/10/2010 10:49:02	Folha de Rosto	5377.0.000.133-10	CEPV

[Voltar](#)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Doraciela Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

UEPB