Representações Sociais da Pessoa Estomizada sobre o Câncer

Social Representations of Cancer by the Stomized Person

Representaciones Sociales de la Persona Estomizada sobre el Cáncer

Ana Filipa Marques Vieira Cascais[I]
Jussara Gue Martini[II]
Paulo Jorge dos Santos Almeida[III]

RESUMO: Este estudo tem como objetivo compreender as representações sociais sobre câncer da pessoa acometida por essa doença. Trata-se de uma pesquisa qualitativa sobre a construção teórica de Serge Moscovici no campo da psicossociologia, realizada com 14 pessoas acometidas por câncer intestinal e cadastradas na Gerência Regional de Saúde de São José, no Estado de Santa Catarina. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas durante o período de dezembro de 2006 a junho de 2007. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a análise temática proposta por Minayo. Como resultado, obteve-se que as representações sociais sobre câncer se encontram ainda fortemente ancoradas em *morte, sofrimento, incapacidade, pavor, medo* e *desespero*. Através do conhecimento das representações sociais existentes em torno do câncer, poder-se-á preconizar uma assistência individualizada, que tenha em conta não só os aspectos físicos e psicológicos, mas também os aspectos sociais inerentes a cada um, que poderão estar na origem de determinadas ações estabelecidas no cotidiano.
Palavras-Chave: Neoplasia; representação social; efeito psicossocial da doença; enfermagem.

ABSTRACT: The aim of this study is to understand the social representations of cancer by the person with this disease. It is a qualitative piece of research on Serge Moscovici's psychosociology's theoretical framework, undertaken with 14 people with intestinal cancer and registered with the São José Regional Health Management, in the State of Santa Catarina, Brazil. Data were collected by means of half-structured interviews undertaken between December, 2006 and June, 2007. That information was treated on the basis of the thematic analysis proposed by Minayo. Results showed that social representations on cancer are still strongly anchored on *death*, *suffering*, *disability*, *horror*, *fear*, and *distress*. Through the knowledge of the existing social representations around cancer, personalized assistance can encompass not only physical and psychological aspects, but also inherent social aspects that might as well be in the origin of certain actions taken daily.
Keywords: Neoplasm; social representation; psychosocial cost of illness; nursing.

RESUMEN: Este estudio tiene como objetivo comprender las representaciones sociales de la persona afectada por el cáncer. Es una investigación cualitativa sobre la construcción teórica de Serge Moscovici en el campo de la psicosociología, realizada con 14 personas afectadas por cáncer intestinal, registradas en la Gerencia Regional de Salud de São José, en el Estado de Santa Catarina, Brasíl. Los datos fueron recogidos por medio de entrevistas semi-estructuradas realizadas durante el periodo de diciembre de 2006 a junio de 2007. Para el tratamiento de los datos, se utilizó el análisis temático propuesto por Minayo. Como resultado, se llegó a la conclusión de que las representaciones sociales sobre el cáncer se encuentran todavía fuertemente asociadas a *muerte, sufrimiento, incapacidad, pavor, miedo* y *desespero*. A través del conocimiento de las representaciones sociales existentes alrededor del cáncer, se podrá realizar una asistencia individualizada, que tenga en cuenta no sólo los aspectos físicos y psicológicos, sino también los aspectos sociales inherentes a cada uno, que podrán estar en el origen de determinadas acciones establecidas en lo cotidiano.
Palabras clave: Neoplasia; representación social; efecto psicosocial de la enfermedad; enfermería.

Introdução

Atualmente, em nível mundial, existem 24.6 milhões de pessoas com o diagnóstico de câncer e estima-se que, para o ano 2020, serão cerca de 30 milhões, sendo um grave problema de saúde pública[IV], quer em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento[1].

O câncer é a segunda maior causa de mortalidade, a seguir as doenças cardiovasculares, e a mais prevenível das doenças crônicas não comunicáveis. Em 2005, o câncer foi causa de morte de cerca de 7.6 milhões de pessoas, no entanto, estima-se que este número cresça em 2015 para cerca de 9 milhões

[I]Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, por convênio com a Universidade de Aveiro - Portugal. E-mail: a25612@alunos.essua.ua.pt / anafcascais@hotmail.com.
[II]Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre o Quotidiano e Imaginário em Saúde (NUPEQUIS) - Brasil.
[III]Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, por convênio com a Universidade de Aveiro - Portugal.
[IV] Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado intitulada *Representações sociais da condição de estar estomizado por câncer.*

e, em 2030, que aumente para aproximadamente 11.5 milhões de mortes[2].

No Brasil, as estimativas para o ano de 2006 apontavam a ocorrência de cerca de 472.050 casos novos de câncer, sendo o de maior incidência o câncer da pele não melanoma (116 mil casos novos), seguido pelo câncer na mama (49 mil), próstata (47 mil), pulmão (27 mil), cólon e reto (25 mil), estômago (23 mil) e colo do útero (19 mil)[3].

Os fatores desencadeantes de câncer podem ser externos ou internos ao organismo, estando ambos inter-relacionados. No que se refere aos fatores desencadeantes externos, eles se relacionam com o meio ambiente e com os hábitos ou costumes próprios do ambiente social e cultural. Os fatores desencadeantes internos estão ligados, na maioria das vezes, à capacidade do organismo de se defender das agressões externas, ou seja, são geneticamente predeterminadas. Ao interagirem de diversas maneiras, esses fatores podem aumentar a probabilidade de transformações malignas nas células normais[4].

No Brasil[4], cerca de 80% a 90% da totalidade dos cânceres estão associados a fatores ambientais, sendo estes designados por cancerígenos ou carcínogenos. Tais fatores de risco atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células. Apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese, são raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos. O surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes desencadeantes.

Com o aumento da expectativa de vida do povo brasileiro, as neoplasias representam um problema de saúde pública, na medida em que vêm adquirindo cada vez maior importância no perfil de mortalidade do país, ocupando o segundo lugar como causa de óbito[5].

Atualmente, devido à evolução técnico-científica, muitos tipos de câncer podem ser curados através de procedimentos cirúrgicos, quimioterapia e radioterapia quando diagnosticados a tempo. O prognóstico depende do estadiamento do câncer, nomeadamente os aspectos morfológicos e estruturais do tecido de origem, presença ou ausência de envolvimento linfonodal, bem como do grau de comprometimento de tecidos vizinhos e distantes (metástases). Essa classificação do câncer inclui avaliação quanto à possibilidade de cura e de resposta ao tratamento, baseada em dados estatísticos[6].

No entanto, a despeito das crescentes possibilidades terapêuticas, cada vez mais eficazes no tratamento de doenças oncológicas, o câncer continua a ser uma das doenças mais temíveis. Essa ambivalência resulta do significado que lhe é atribuído, a idéia de algo que cresce e destrói a vitalidade, incerteza da cura, a possibilidade de morte iminente, aliada a grande sofrimento, sendo associado em muitas culturas à punição e ao castigo. Essas crenças podem trazer conseqüências desastrosas em todos os aspectos da vida do paciente, tanto do ponto de vista emocional como da ação prática e concreta para o enfrentamento da possibilidade de adoecer por câncer[7,8].

A pessoa ao receber o diagnóstico de uma doença como o câncer, vivencia sentimentos como impotência, medo da dor, da morte, ansiedade, desesperança e mesmo depressão, os quais consistem em variáveis psicológicas que contribuem para o sofrimento da dor no câncer. Para além das alterações ocorridas em nível físico, como a presença de cicatrizes cirúrgicas, efeitos da quimioterapia e radioterapia, ocorre também todo um conjunto de alterações em nível cognitivo, emocional, social, cultural e espiritual[6].

Este estudo teve como objetivo identificar as representações sociais que a pessoa portadora de câncer constrói acerca dessa patologia. Busca-se, ainda, compreender o significado de ser portador de câncer para essas pessoas. Acredita-se que, através da compreensão acerca do impacto do câncer em nível físico, psicológico e emocional, bem como do conhecimento das representações existentes em torno dessa patologia, se estará contribuindo para uma melhoria na assistência a esses pacientes.

Referencial Teórico-Metodológico

Este estudo apresenta-se como uma pesquisa qualitativa sobre representações sociais. Na pesquisa qualitativa, procura-se compreender os fenômenos sensório-perceptivos de apreensão do real pelos sujeitos, ou seja, tende-se a compreender o problema na perspectiva das pessoas que o vivenciam, assim como na perspectiva do próprio pesquisador[9]. A pesquisa qualitativa é permeada pela subjetividade, a qual é constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo. Engloba os sistemas de relações que constroem o modo de conhecimento exterior ao indivíduo, mas também as representações sociais que compõem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que por sua vez lhe atribuem significados[10].

Adotou-se como referencial teórico-metodológico as representações sociais de Moscovici[11], por as representações sociais se constituírem em uma forma de conhecimento elaborado no decorrer das

interações que se estabelecem socialmente, no dia-a-dia, por intermédio da linguagem. Esse conhecimento visa à regulação de comportamentos e condutas e ao mesmo tempo à integração e à proteção dos indivíduos num determinado grupo.

A realização deste estudo foi precedida pelo encaminhamento do projeto de pesquisa, incluindo os instrumentos de coleta de dados, para o Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo sido obtido parecer favorável com o nº. 322/06. No decorrer do estudo, foi respeitada a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que contempla as diretrizes da pesquisa que envolve seres humanos. Junto dos participantes, foi obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após apresentação da pesquisa aos entrevistados, bem como os seus direitos, nomeadamente a garantia do anonimato e o direito de desistir desta pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo. O anonimato foi garantido identificando-se os entrevistados por sujeito (S) acrescido de um número, que corresponde à ordem cronológica em que a entrevista foi realizada.

Os dados foram coletados pela pesquisadora por meio de entrevistas semi-estruturadas, durante o período de dezembro de 2006 a junho de 2007. Nesta investigação, utilizou-se a entrevista semi-estruturada, partindo da elaboração de um roteiro. De acordo com Minayo[10], o roteiro consiste num instrumento para orientar a conversa, facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. Tem como objetivo enumerar de forma mais abrangente as questões que o pesquisador pretende abordar no campo, as quais provêm da definição do objeto de investigação.

A entrevista estava organizada em duas partes. Na primeira, foi realizada uma caracterização dos sujeitos do estudo, através de uma identificação geral dos mesmos. Na segunda parte, procedeu-se à realização da entrevista propriamente dita, recorrendo-se ao uso do roteiro, que continha questões que permitiram desvelar as representações existentes nos relatos dos sujeitos enfocando os significados de ser portador câncer.

A amostra deste estudo foi constituída por 14 pessoas estomizadas que tinham sido ou estavam acometidas de câncer intestinal, cadastradas na Gerência Regional de Saúde de São José, no Estado de Santa Catarina, Brasil, conscientes do seu diagnóstico clínico e em condições de prestar informações. A coleta de dados foi finalizada após se ter atingido a saturação de dados, ou seja, quando as informações começaram a se repetir de forma regular. Tal fato ocorreu na 10ª entrevista, tendo-se realizado mais quatro entrevistas que confirmaram a saturação dos dados.

Após o término das entrevistas, para o tratamento das informações obtidas, adotou-se a análise temática, que consiste em uma das técnicas da análise de conteúdo. A análise temática é constituída por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação[10].

Assim, na pré-análise, de forma a se obter as representações sociais da pessoa acometida por câncer, foi realizada, em um primeiro momento, após a transcrição do material coletado pela pesquisadora, uma leitura exaustiva das entrevistas, com a finalidade de compreender as vivências da pessoa acometida por câncer, apreendendo desse modo suas representações. Posteriormente, procedeu-se à seleção de frases mais significativas e que tivessem representatividade e exaustividade, destacando-se assim os sentimentos, pensamentos e vivências da pessoa.

Na segunda etapa, após a seleção das frases, procedeu-se à codificação das mesmas em cada uma das entrevistas, recorrendo-se para tal ao uso de cores diferentes. Em seguida, realizou-se o recorte e agrupamento dessas mesmas frases através da codificação atribuída, emergindo daí as representações de ser acometido de câncer. De forma a se apreender as representações, realizou-se uma nova leitura do material organizado, efetuando-se o agrupamento desses códigos por assuntos que tivessem afinidade, gerando-se desse modo as subcategorias e posteriormente as categorias.

Finalmente, na última etapa proposta por Minayo[10], de modo a verificar se os resultados davam resposta aos objetivos inicialmente apresentados para esta pesquisa, realizou-se a interpretação dos dados, com base nas percepções da pesquisadora, no referencial teórico[11] adotado e na revisão de literatura[1-10,12-18] efetuada, obtendo-se dessa forma as representações sociais sobre câncer das pessoas com estomias.

Resultados e Discussão

Nas últimas décadas, observa-se, na área de oncologia, um grande desenvolvimento técnico-científico, principalmente no aumento das possibilidades terapêuticas, cada vez mais eficazes, e no desenvolvimento de meios complementares de diagnóstico na detecção precoce da doença, contribuindo assim para o aumento da expectativa média de vida desses pacientes. Contudo, apesar desta evolução técnico-científica, o câncer continua a ser uma

das doenças mais temíveis do nosso século. Essa ambivalência resulta das representações subjacentes a esta palavra, que se têm construído ao longo dos tempos através da comunicação entre os indivíduos, no decorrer de suas vidas cotidianas. Observa-se, assim, a perpetuação de uma imagem negativa em torno do câncer, geralmente associado à *morte*.

No transcorrer dos testemunhos dos participantes desta pesquisa, observa-se que a palavra câncer encontra-se fortemente ancorada em representações sociais como *morte*, *sofrimento*, *doença incapacitante*, *pavor*, *medo* e *desespero*.

O câncer desempenha assim um papel de doença incurável, causadora de um sofrimento devastador e que corrói a vitalidade da pessoa. Por não se conhecer ainda verdadeiramente a etiologia dessa patologia e apesar dos avanços tecnológicos e científicos observados para o seu tratamento, verifica-se a perpetuação dessas imagens para alguns de seus portadores[12]. Numa época em que tudo pode ser explicado pela ciência, o fato de ainda permanecerem desconhecidos os fatores desencadeantes do câncer provoca a criação de fantasias em torno dessa patologia.

> *Primeira coisa do câncer diz é "morte", morri [...]. O impacto na hora foi _ morri, estava morto e não sabia [...].* (S3)

> *É interessante observar, que mesmo assim, parecendo que eu era uma pessoa esclarecida, mas isso é no racional, no sentimento, na emoção, veio [...] como se fosse um abatimento, como se eu tivesse sido assim abatida, por algo que fosse reduzir o meu tempo de vida, por algo que me fosse deixar incapacitada, então os primeiros sentimentos foram esses, de morte próxima e de incapacidade, de limitação.* (S6)

> *Achava que o câncer ia trazer-me muito sofrimento e eu ia morrer logo, de uma hora para a outra [...].* (S8)

Segundo Pelaez Dóro et al.[13], observa-se, na população em geral, a proliferação de representações sobre câncer, socialmente construídas como sendo sinônimo de morte, algo que ataca do exterior e não há como controlar, cujo tratamento é drástico e negativo, apresentando na maioria das vezes efeitos colaterais desagradáveis. O câncer é concebido como uma doença intratável, caprichosa e implacável ladra de vidas, travando assim a pessoa portadora uma *luta* constante contra o próprio câncer, e consequen-temente, contra a morte[12].

O câncer continua, assim, a ser uma das enfermidades que mais receio provoca na sociedade contemporânea, devido às representações de morte, dor e sofrimento. Tal fato pode derivar da elevada mortalidade e morbidade tão características dessa patologia, a qual se estende para os órgãos de comunicação social levando à perpetuação dessas imagens.

No entanto, essas representações também se encontram ancoradas nas experiências sociais, isto é, derivam também das vivências pessoais de cada um, nomeadamente no acompanhamento de familiares, amigos ou de vizinhos, ao longo de todo o processo de adoecimento por câncer, que por vezes pode resultar na morte de pessoas significativas. Esse conhecimento construído a partir do dia-a-dia e das vivências de cada um e difundido pela mídia, possibilita a construção de uma realidade comum a esse grupo social. Ademais, o próprio processo de tratamento é carregado de imagens negativas, nomeadamente a ocorrência de ressecções cirúrgicas, amputações para além dos efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia. O processo de tratamento possibilita o aumento de sobrevida e recuperação, mas simultaneamente surgem novas situações de sofrimento e perda em nível físico, emocional, social e material[14,15,17,18]. A cura quando alcançada é associada a um grande sofrimento físico e psicológico, eternizando-se a idéia de que "o tratamento é pior do que a própria doença"[12:82].

> *E na época o choque, digamos assim, o psicológico foi maior, porque eu tinha perdido uma cunhada, que eu tinha ido visitar antes de eu descobrir o problema, fui visita-lá em Fortaleza [...] numa época em que eu fazia exame periódico, de 6 em 6 meses religiosamente. Eu fazia um check-up desde os 40 anos. Eu fui visitar a minha cunhada e até adiei a data do meu exame. Chego lá, e ela está com um problema de câncer do intestino, ai eu chego cá e descubro que tenho câncer do intestino também. Em poucos dias ela morre, ai eu fiquei numa situação bastante delicada, eu seria a próxima vitima [...]* (S3)

> *Eu achei que ia morrer [...]. Tanto porque eu já tinha passado com a minha mãe. Minha mãe teve câncer, o dela foi provocado pelo cigarro. Eu passei então, toda aquela fase de radioterapia com ela, de quimioterapia com ela [...]. Então 3 meses depois, da minha mãe ter falecido, apareceu o meu, aí eu achei que era a morte, não tinha como eu pensar outra coisa.* (S9)

Quando confrontados com o diagnóstico de câncer, os entrevistados afirmam ter vivenciado sentimentos de desespero e de alguma descrença quanto à possibilidade de enfrentar a doença. Num primeiro momento, após o conhecimento do diagnóstico clínico, as representações de câncer encontravam-se ancoradas em *morte*, *pavor*, *medo* e *desespero*, mesmo em sujeitos com um nível intelectual e educacional elevado. Observou-

se uma sobreposição do conhecimento socialmente construído no decorrer das interações humanas, em detrimento do conhecimento científico, mas também a sobreposição da emoção sobre a razão.

> *Eu fiz todos os exames e não sabia, fui a última, a saber. Quando eu soube fiquei bem apavorada, chorei bastante [...]* (S4)

> *Eu até dava palestras na rede feminina de combate ao câncer, porque já sabia alguma coisa, mas a gente por mais que pense que está preparada, a gente nunca está. Quando eu tive o diagnóstico do câncer, foi bem difícil [...]* (S8)

> *Aí eu fiquei apavorada, fiquei assim desesperada, chorei [...]. Eu sabia que não era uma coisa boa, porque eu comecei a me sentir mal, tive muita hemorragia e fiquei muito fraca, eu fiquei muito anêmica [...]* (S10)

Perante o diagnóstico da doença e face às representações negativas em torno dessa patologia, observou-se em alguns indivíduos sentimentos de negação parcial da sua situação. A negação consiste no primeiro estágio de adaptação psicológica, observado por Kübler-Ross[16] em pacientes que se encontravam em estágio avançado de doença. A autora, ao estudar pacientes com câncer que se encontravam em fase terminal, identificou cincos estágios de adaptação psicológica que os mesmos empregaram no sentido de lidarem com a situação que estavam vivenciando. Os estágios ou fases identificados vão desde a negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Tais fases são observadas em situações identificadas pela pessoa como sendo extremamente estressantes, nomeadamente a detecção de um câncer, a perda de um ente querido, a realização de uma cirurgia traumática, entre outras. Na vivência de um acontecimento estressante, a pessoa percorre esses estágios de conflito interno, que vão desde a negação até a aceitação do diagnóstico. No entanto, essas etapas podem não ser percorridas de forma seqüencial, existindo uma transposição e retrocesso desses mesmos estágios, como também a pessoa pode não percorrer todas essas fases.

> *Eu saí de lá [consultório médico], sem saber onde pisar. Senti medo. Por mim, eu acho que na hora assim, que eu lembro, eu nem caí em mim [...].* (S5)

> *Eu fiquei desesperada, lógico, parecia que não era comigo aquilo, naquele momento, não era comigo. Mas eu entreguei a minha vida a Deus e, com muita força, muita fé, eu superei, sabe [...].* (S11)

Esta etapa, a negação, consiste numa fase temporária, em relação à qual a pessoa se recupera gradualmente, sendo logo substituída por uma aceitação parcial. Geralmente ocorre pela informação abrupta ou prematura dos pacientes, principalmente devido à ausência de uma preparação prévia dos mesmos. Assim, dependendo do modo como se informa a pessoa, do modo como ela foi se preparando ao longo da vida para lutar em situações adversas e do tempo que dispõe para se conscientizar da sua situação, a pessoa aos poucos ultrapassará esta fase e utilizará mecanismos de defesa menos radicais. Contudo, um paciente que permaneça indefinidamente nesta fase, revela uma atitude pouco adaptativa, podendo posteriormente necessitar de cuidados especiais[16].

Observou-se, através dos relatos das pessoas entrevistadas, que o significado do câncer ainda se encontra fortemente ancorado em *morte*, mas também em *sofrimento*, *incapacidade*, *pavor*, *medo* e *desespero*. Essas representações, como observamos, transitam na sociedade através das interações que se estabelecem cotidianamente, pela convivência com pessoas que testemunharam as conseqüências mais nefastas dessa patologia, nomeadamente a morte de entes queridos, mas também através dos meios de comunicação social. Notamos por vezes os jornais anunciando falecimentos de figuras públicas, as quais foram *vítimas de câncer*. Tais informações passam a integrar o universo consensual, originando as representações vinculadas ao câncer. De acordo com Moscovici[11], essas imagens e significados que nos invadem diariamente passam a fazer parte do nosso sistema de crenças, determinando, assim, o nosso modo de agir e de nos comportarmos perante determinada situação, no caso, o diagnóstico de câncer.

Conclusão

Observou-se neste estudo que, apesar dos avanços científicos e tecnológicos que se têm verificado na área da oncologia, esta patologia, continua envolta por um significado penoso para os seus portadores. As representações sociais sobre o câncer analisadas neste estudo estão fortemente ancoradas em representações de *morte*, *sofrimento*, *doença incapacitante*, *pavor*, *medo* e *desespero*.

Através do conhecimento das representações sociais acerca do câncer, poderá ser possivel melhorar a assistência aos pacientes oncológicos e suas familias, compreendendo melhor as necessidades de apoio psicológico e emocional dessa clientela.

Perante a representação social do câncer, é necessário desmitificar a imagem negativa associada a esta patologia para conseguir uma boa aderência dos pacientes ao tratamento e para diminuir o impacto estressante da doença. Para tanto, poderão contri-

buir todos os profissionais de saúde mediante informações, educação para o autocuidado, apoio emocional e assistência humanizada.

O meio social em que a pessoa está inserida pode ter uma influência decisiva na imagem que ela constrói da doença e na forma como encara o tratamento.

Referências

1.World Health Organization. Global action against cancer: updated version. Geneva (Swi): WHO; 2005.
2.World Health Organization. The World Health Organization's fight against cancer: strategies that prevent, cure and care. Geneva (Swi): WHO; 2007.
3.Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
4.Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer. O que é o Câncer. [citado em: 15 junho 2006]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.
5.Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer do intestino. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
6.Carvalho M. Introdução à psiconcologia. São Paulo: Psy II; 1994.
7.Rodrigues MA, Rosa J, Moura M, Baptista A. Ajustamento emocional, estratégias de Coping e percepção da doença em pais de crianças com doença do foro oncológico. Psicologia, Saúde & Doenças. 2000; 1(1):61-68.
8.Gomes R, Skaba MM, Vieira R. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. Cad Saúde Pública. 2002, 18(1):197-204.
9.Leopardi MT. Metodologias de pesquisa em saúde. 2ª ed. Florianópolis (SC): UFSC; 2002.
10.Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
11.Moscovici S. On social representation. In: Forgas. Social cognition-perspectives on everyday understanding. London (UK): Academic Press; 1981.
12.Sontag S. A doença como metáfora. 3ª ed. São Paulo: Graal Lta; 2002.
13.Pelaez DM, Pasquini R, Medeiros CR, Bitencourt M, Moura G. O câncer e sua representação simbólica. Psicol cienc Prof. 2004; 24(2):120-33.
14.Conceição LL, Lopes RL. O Cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. Rev enferm UERJ. 2008; 16:26-31.
15.Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. Psicologia em Estudo. 2008; 13(2): 231-37.
16.Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
17.Silva MRB, Borgognoni K, Rorato C, Morelli S, Silva MRV, Sales CA. O câncer entrou em meu lar: sentimentos expressos por familiares de clientes. Rev enferm UERJ. 2008; 16:70-5.
18.Fontes CAS, Alvim NAT. Cuidado humano de enfermagem a cliente com câncer sustentado na prática dialógica da enfermeira. Rev enferm UERJ. 2008; 16:193-9.

Recebido em 15.03.2008
Aprovado em 28.08.2008