

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

SUELEN SANTOS DE MATTOS

**O ENFERMEIRO COMO ESTIMULADOR DA RESILIÊNCIA NO PACIENTE ONCO-
HEMATOLÓGICO**

VITÓRIA

2015

SUELEN SANTOS DE MATTOS

**O ENFERMEIRO COMO ESTIMULADOR DA RESILIÊNCIA NO PACIENTE ONCO-
HEMATOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, junto ao Curso de Enfermagem como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dra. Fabiana Franco.

VITÓRIA

2015

SUELEN SANTOS DE MATTOS

**O ENFERMEIRO COMO ESTIMULADOR DA RESILIÊNCIA NO PACIENTE ONCO-
HEMATOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de 2015

BANCA EXAMINADORA:

Presidente

Doutora Fabiana Franco.

Examinador

(titulação, nome e Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo)

Examinador

(titulação, nome e Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus dono da minha vida, por me abençoar por mais essa grande conquista.

Aos MEUS PAIS pelo amor, educação e esforços diários do dia a dia.

A minha MÃE minha inspiração sempre me encorajando nas dificuldades e contratempos da vida.

Meu PAI sempre me incentivando e financiando.

Aos meus IRMÃOS Ewerton e Deivison, meus SOBRINHOS Arthur Cemy e Lucas Cemy. As minhas AMIGAS e AMIGOS. Amo vocês!! Sem vocês nada disso seria possível.

Obrigada por todo apoio e por terem sempre acreditado que este momento chegaria, obrigada pela ajuda, força e por participarem de todos os momentos complicados que sem o apoio de vocês seria difícil completar essa jornada, por fim agradeço a todos que fizeram parte desse sonho!

Não fiz o melhor, mas fiz tudo para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas não sou o que era antes

Martin Luther King

RESUMO

O câncer ainda é uma doença estigmatizada e vinculada a morte. Muitos pacientes e familiares apresentam resistência e dificuldades para lidar com esta enfermidade. Levando em consideração o conceito ampliado de saúde, que reconhece esse paciente em sua integridade e leva em consideração a questão espiritual, como algo que deve ser trabalhado pela medicina, este estudo visa relacionar a resiliência, a espiritualidade e o enfrentamento como formas de adesão e de estímulo pela busca da saúde perdida. A pesquisa visa relacionar a espiritualidade e a resiliência como ferramentas para o enfrentamento dos portadores de leucemia, e salientar como essas práticas tendem a influenciar positivamente, favorecendo a qualidade de vida durante o tratamento e aumentando as chances de cura. Esse é um tema que carece de maiores discussões e inserções no ambiente acadêmico e profissional. Busca-se por meio deste trabalho a resignificância do processo de aceitação de uma enfermidade, trazendo o adoecido para uma posição de protagonista no processo de cura. Elenca a importância do enfermeiro como um cuidador que tem o poder de estimular essa resiliência e a adesão aos procedimentos que podem ter que acompanhar pacientes diagnosticados com alguns tipos de leucemia que carecerão de cuidados para o resto da vida. A pesquisa é exploratório descritiva e qualitativa. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), especificamente nas bases da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Periódicos (CAPES) em busca de artigos, dissertações e teses publicadas no período de 20 anos, entre 1995 a 2015, utilizando como descritores de saúde: oncologia, resiliência e enfermagem. Inicialmente pesquisou-se com os descritores isolados e depois combinados entre si, tendo como opções a seleção de artigos escritos em português e em inglês. 22 bibliografias foram selecionadas e interpretadas de forma cruzada e interpretativa trazendo resultados significativos e científicos que elencam inclusive essas ações ao aumento da produção de células de defesas que auxiliam no combate à enfermidade.

Palavras-chave: Enfermagem. Oncologia. Resiliência.

ABSTRACT

Keywords: Nursing. Oncology. Resilience.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Efeitos colaterais	50
-------------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - MORTALIDADE HOMENS ENTRE 1979 E 2012	32
Gráfico 2 - MORTALIDADE MULHERES ENTRE 1979 E 2012	32
Gráfico 3 - MORTALIDADE HOMENS E MULHERES 1979 E 2012	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de mortalidade	33
Tabela 2 – Taxa de vidas perdidas	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Terapias utilizadas	34
Quadro 2 - Tipos de leucemia	37
Quadro 3 - Métodos de detecção do câncer	39
Quadro 4 - Algumas Medicacões Utilizadas no Tratamento das Doenças Onco-Hematológicas	43
Quadro 5 – O câncer e a Legislação	45
Quadro 6 – Tipos de aplicacão	46
Quadro 7 – Tipos de administracão	46
Quadro 8 – Transplante de células estaminais	49
Quadro 9 - Tipos de transplantes	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1 CONCEITO DE SAÚDE	29
2.2 CÂNCER COMO EPIDEMIA	30
2.3 LEUCEMIA	35
2.3.1 Tipos de Leucemias	36
2.3.2 Sinais e sintomas	38
2.3.3 Detecção do câncer	39
2.4 OPÇÕES TERAPÊUTICAS	42
2.4.1 Quimioterapia	46
2.4.2 Imunoterapia	47
2.4.3 Radioterapia	48
2.4.4 Transplante de células estaminais	49
2.4.5 Efeitos colaterais	49
2.4.6 Terapia espiritual	51
2.4.6.1 O olhar diferenciado	54
2.5 ESTUDO DA ARTE (CONCEITOS) RESILIÊNCIA	57
2.6 RESILIÊNCIA E CÂNCER	61
2.7 ONCOLOGIA E ESPIRITUALIDADE	62
2.7.1 A motivação para a vida através da espiritualidade	65
2.8 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO	66
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	75

1 INTRODUÇÃO

O câncer abarca um grupamento de mais de cem doenças, sendo, hoje em dia, o segundo maior agente de mortalidade, inclusive em países desenvolvidos. Resultando dessa forma em investimentos elevados com custos hospitalares, medicamentos e tecnologias. A expectativa de vida tem aumentado e o envelhecimento das pessoas têm contribuído para o aumento da ocorrência dessa doença no Brasil, ou seja, a longevidade torna a população mais suscetível ao câncer (BRASIL, 2014).

O mundo enfrenta uma epidemia de câncer, conforme apresentado na conferência LACOG 2013, da Lancet Oncology Commission, em São Paulo. Segundo o relatório montado por oncologistas, a ocorrência do câncer já atinge níveis epidêmicos. Os números, segundo os especialistas, tendem a majorar nos próximos anos: mais pessoas terão mais de 60 anos e a doença aparece de maneira mais frequente em idosos (LACOG, 2013). É um resultado regido pelas modificações globais dos últimos anos, que transformaram a situação dos povos pela acelerada urbanização, modos novos de vida, padrões novos de consumos (BRASIL, 2014).

Em paralelo, para controlar essa ocorrência futura, o sistema de precaução e terapêutico de câncer do continente carece de mudanças. De acordo com o oncologista da Harvard Medical School, Paul Gross:

Nos EUA, há um maior número de diagnósticos de câncer devido à detecção precoce. Mas na América do Sul, caso avalie-se o quantitativo idêntico de pessoas com a incidência de câncer, a taxa de mortalidade é 60% maior, mesmo com um menor número de doentes, pois há dificuldade na detecção precoce. Há dificuldade em se obter um diagnóstico nos primeiros estágios do câncer (LACOG, 2013).

Distinto diferencial dentre os continentes diz respeito à verba disponibilizada pelos governantes para o tratamento dos pacientes de maneira individualizada. Nos EUA e no Japão, por exemplo, são gastos em média 500 dólares por paciente. Enquanto na América Latina, o valor gasto é de apenas 8 dólares. Mundialmente gasta-se em tratamentos contra o câncer em torno de 286 bilhões de dólares por ano e somente 6,2% desse montante é direcionado para países em desenvolvimento – mesmo que o total de novos diagnósticos seja maior neles (LACOG, 2013).

Vale ressaltar que há cenário relevante para aqueles que possuem residências em grandes metrópoles, o relatório leva em consideração populações rurais e indígenas, que teriam dificuldades maiores para relacionarem-se com instituições de saúde. Um dos dados levantados no Brasil mostra que “enquanto no Sudeste há 210 médicos para cada 100 mil pessoas, o número cai para 60 em se tratando da Região Norte” (LACOG, 2013, p. 29).

Mas os problemas não são só de ordem incrementalista, além problemática da verba disponibilizada, tem-se também a dificuldade da distribuição de médicos oncologistas entre as regiões, portanto, o problema da detecção precoce relaciona-se diretamente a estas duas vertentes (LACOG, 2013). Durante a conferência LACOG 2013, da Lancet Oncology Commission, em São Paulo, foram propostos investimentos na prevenção do câncer, e não somente no diagnóstico e tratamento.

Identificar os fatores de risco que desencadeiam a doença e investir no controle é uma opção que deve ser considerada. Dentre os fatores de riscos que devem ser evitados na América do Sul e América Latina estão: a obesidade (2030 - 50% dos homens e 60% das mulheres serão obesos); o uso de tabaco (frequente na população indígena e rural da América do Sul) e fatores ambientais relacionados à exposição à fumaça (LACOG, 2013).

Assim como o mundo, o Brasil vive uma epidemia de câncer, assegura o presidente do Instituto Nacional do Câncer (Inca), Luiz Antônio Santini (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015).

O câncer é considerado como a segunda causa morte que mais se desenvolve e no mundo. Em torno de oito milhões de casos surgem por ano — acréscimo de 40% nos últimos 20 anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula que, em 2030, “22 milhões de pessoas, entre homens, mulheres e crianças, serão diagnosticadas com câncer por ano e 13 milhões morrerão da doença” (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015, p. 13). Boa parte das mortes causadas pelo câncer ocorrem em países de baixa e média renda, motivadas principalmente pela indisponibilidade de acesso da população às informações adequadas e ao tratamento (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015).

Por meio dos exames diagnósticos é possível detectar e diagnosticar de modo precoce o câncer. Através de: Análises clínicas; Endoscopia; Medicina nuclear; Núcleo de diagnóstico por imagem (CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2015).

Tais exames são indicados para boa parte dos tipos de tumores, visto que eles são capazes de produzir resultados precisos e eficazes em mais de 95% dos casos oncológicos, permitem desviar os procedimentos de tratamento em mais de 30% das situações, como, por padrão, o método e a dosagem das drogas aplicadas por quimioterapia ou até mesmo as aplicações de radioterapia (CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2015).

De maneira mais abrangente, pode-se utilizar para o diagnóstico do câncer, as técnicas a seguir: Biópsia assistida por métodos funcionais; Biópsia assistida por robótica; Biópsia dirigida por ultrassom; Biópsia e Localização de lesão não palpável; Biópsia por agulha dirigida por método de imagem; Biópsias guiadas por imagem; Computação gráfica; Imagem no estadiamento; Mamografia; PEM; PET-CT (FDG); Radiologia; Relatórios estruturados: Monitoramento; Ultrassom (CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2015).

Dados estatísticos evidenciam que a detecção prévia do câncer e a prevenção podem contribuir para a sua cura. No caso das leucemias, “doenças que acometem os leucócitos, que são os glóbulos brancos do sangue presentes nos gânglios linfáticos e na corrente sanguínea” o diagnóstico precoce feito com precisão é o maior aliado da cura (CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2015, p. 38). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2012) dois mil novos casos por ano são diagnosticados. Define-se prevenção como a diminuição da mortalidade motivada pelo câncer, por meio do abaixamento na incidência, que pode ocorrer se houver alterações nos costumes de vida da população e se a assistência chegar de forma adequada e rápida minimizando assim as mortes desnecessárias.

Para enfrentar as enfermidades há equipes multidisciplinares que assistem ao paciente. O cuidado com eles é feito pelos profissionais da área de saúde e os enfermeiros possuem papéis de suma importância no acompanhamento de pacientes com câncer, uma vez que ele é muitas vezes o interlocutor do médico com o paciente. A percepção diferenciada, inerente à prática da enfermagem, permite ao enfermeiro diversas alterações como novas percepções de valores, atitudes e

crenças, levando este profissional ao confronto direto com a própria finitude e vulnerabilidade do paciente (BONASSA, 2005).

Pacientes com câncer passam por inúmeras fases durante o tratamento, uma delas é o enfrentamento que se caracteriza como empenhos cognitivos e comportamentais do próprio paciente com o desígnio de minimizar os impactos do acontecimento estressante (FOLKMAN, 2011). O enfrentamento não é garantia de que o problema seja solucionado, mas é o primeiro passo para que a efetividade do tratamento aconteça. Quando um paciente além de enfrentar a doença, age com resiliência, que implica em ações de confronto e superação. Para todos os pacientes em tratamento, a resiliência pode ser definida como a aptidão de suplantar e ressignificar de maneira positiva as circunstâncias adversas, de modo a garantir o conforto da doença no decorrer do tratamento (PAULA, 2010).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2015) doenças hematológicas, aquelas que acometem o sangue, podem atacar quaisquer pessoas, independente das faixas etárias ou sexo.

Segundo a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE (2015, p. 22) “A incidência anual de linfomas praticamente dobrou nos últimos 35 anos. Não se sabe ao certo quais são as razões para esse aumento”. A ABRALE produziu uma série de manuais com o objetivo de oferecer aos médicos um instrumento completo contendo informações sobre as doenças oncohematológicas, para serem distribuídos para os pacientes e seus familiares. No material, informações confiáveis sobre os sinais e os sintomas das doenças, sobre a origem da enfermidade “[...] os consensos e avanços da medicina mundial em relação ao diagnóstico e ao tratamento, os novos remédios que melhoram e aumentam a qualidade e a expectativa de vida”.

A comunidade médica e os gestores de saúde têm discutido amplamente no decorrer dos últimos anos, por ser um problema de saúde pública e em função de sua complexidade e morbimortalidade e instruir sobre como diagnóstica e tratar essas enfermidades é uma premissa importante (VASCONCELLOS, 2004).

As dúvidas sobre as doenças oncológicas ainda são muitas e o profissional que lida com essa enfermidade tem que estar preparado para saná-las. O médico e as informações médicas e a atuação dos profissionais de saúde tem impacto no tratamento e o enfermeiro exerce um papel importante porque é o protagonista do

cuidado e da assistência e é quem tem mais contato com o enfermo que enfrenta o processo de cura.

Guerrero salienta a complexidade dessa participação quando diz “para o enfermeiro o cuidar dos pacientes oncológicos, com significado atribuído ao câncer, é bem mais complexo do que outras enfermidades, por envolver, aspectos físico-biológicos, socioculturais e espirituais” (GUERRERO, 2011, p 29). O autor destaca ainda que compete ao enfermeiro, responsabilizar-se pelo planejamento individualizado da assistência, compreensão e valorização da relação entre a espiritualidade e o enfrentamento ao câncer, na visão do paciente. De maneira a afiançar que o paciente atravessasse esta situação de modo menos dolorosa, seja corresponsável e resiliente (GUERRERO, 2011).

Observa-se então a importância da habilitação plena dos profissionais da enfermagem e dos demais membros da equipe de saúde, de modo a garantir que estes possuam amplo conhecimento em relação à leucemia, formas de tratamento, acompanhamento psicossocial, medicações, etc., permitindo assim que quanto mais informado e resiliente o paciente estiver maiores chance de cura, e os impactos e o sofrimento causados por esta enfermidade sejam minimizados (MINAYO, 2010).

O objetivo deste trabalho é fazer um levantamento sobre o estado da arte desta temática, realizar uma leitura bibliográfica do papel do enfermeiro no estímulo da resiliência do paciente em tratamento da leucemia.

A metodologia adotada para este trabalho foi a revisão bibliográfica, exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa e análise de textos relacionados ao assunto.

Pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange a bibliografia disponível. Dessa forma, “a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (LAKATOS, 2002, p. 31).

Realizou-se a coleta de dados por meio de uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), especificamente nas bases da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Periódicos (CAPES) em busca de artigos, dissertações e teses publicadas nos últimos anos, utilizando como descritores de saúde: oncologia, resiliência e enfermagem.

Inicialmente foram pesquisados os descritores isolados e depois combinados entre si, tendo como opções a seleção de artigos escritos em português e em inglês.

Foi realizada a leitura seletiva dos títulos, subtítulos, resumo e resultados dos trabalhos encontrados, excluindo os trabalhos que não apresentaram relação com o objeto de estudo, ou que não abordavam as ações da enfermagem na oncologia relacionando essas ações com o estímulo da resiliência no paciente. Ao final, foram selecionados 22 (vinte e duas) bibliografias que serão interpretadas de forma cruzada e interpretativa. Assim, realizamos uma leitura interpretativa para buscar as ações eficazes nos devidos documentos avaliados para apresentá-las como forma de estímulo. Dentre os diversos tipos de câncer, optou-se pela leucemia, pois para alguns pacientes acometidos por alguns tipos de leucemia carecerão de cuidados para o resto da vida.

“As leucemias são doenças que acometem os leucócitos, que são os glóbulos brancos do sangue presentes nos gânglios linfáticos e na corrente sanguínea” na medula óssea essa patologia que pode ser aguda ou crônica, dividindo-se ainda entre mielóide (ou mielógena) ou linfóide (ou linfocítica ou linfoblástica) (ZELMANOWICS, 2010).

A justificativa é que quanto mais informadas as pessoas forem sobre essa doença, maior será a chance de identificá-la precocemente e a detecção precoce é fundamental para um tratamento mais eficiente e eficaz e que o paciente agindo como protagonista no processo de cura, incentivado pela equipe multidisciplinar, aumenta as chances de reabilitação de sua saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITO DE SAÚDE

Durante muitos anos, entendeu-se a saúde como a falta de doenças físicas e mentais. Em função disso, os sistemas de saúde privilegiaram sua atenção para medicina curativa. De acordo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças”. Tal definição denota a complexidade deste tema, de modo a ampliar a reflexão e sentido de condição de vida saudável (BRASIL, 2005).

Atualmente o entendimento de saúde-doença caracteriza-se pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, território, espaço, etc.) e com os demais homens (relações interpessoais, sociais, políticas e culturais) em um determinado tempo e espaço. A saúde neste sentido extrapola as relações clínico assistenciais, despertando novos paradigmas como a nova visão para saúde-doença (BRASIL, 2005, p.22).

A arte de existir com ou sem saúde não se reduz, portanto, a uma proeminência orgânica, adequada e objetiva e nem como um estado de equilíbrio, mas está profundamente conexa às características de cada contexto sociocultural e aos significados que cada indivíduo confere ao seu artifício de viver. As discussões que têm sido tomadas em torno do processo saúde-doença têm gerado, sob um enfoque reducionista, a intenção natural de se pensar que “a saúde significa a ausência de doença, ou seja, a saúde como sinônimo de evidências objetivas, associadas à ideia de que o corpo/físico está ou não laborando de maneira adequada” (YÉPEZ, 2002, p. 15-17).

A saúde, diferentemente do que muitos pensam, acreditam ou defendem, não pode ser apreendida como um fenômeno contemplativo e nem mesmo como algo palpável ou atingível. “Enquanto um acontecimento ampliado, a saúde envolve modos de ser e produzir e/ou recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade” (BERNARDES, 2005, p. 12). Nessa perspectiva, é preciso interrogar as alocações que privilegiam a conceituação de saúde somente pela sua dimensão biológica, assegurando uma concepção fragmentada do ser humano, “bem como o caráter impositivo e normativo dos modos de se intervir na realidade dos indivíduos e comunidades” (BERNARDES, 2005, p. 12).

Os avanços na área conceitual e teórica da saúde vão se ampliar quando os profissionais da área da saúde ampliarem a visão em relação ao fenômeno saúde e deixarem de pautar as práticas em concepções reducionistas e pontuais (BERNARDES, 2005).

Nessa expectativa, há uma obrigação de os sujeitos pesquisados expandirem o conceito de saúde suplantando o cenário de desenvolvimento acadêmico, com o olhar centralizado para a humanização e para o ouvir, de modo a observar o ser em sua singularidade e na conjuntura real em que vive (YÉPEZ, 2002).

De tal modo, as políticas públicas necessitarão serem capazes de qualificar as práticas motivacionais e educativas dos profissionais da saúde por meio de estratégias que analisem as definições que as famílias, indivíduos e comunidades conferem ao processo saúde-doença. É necessária, também, a operacionalização de ações empreendedoras por parte dos entrevistados, as quais estejam voltadas para a promoção, proteção e educação da saúde nos distintos cenários sociais e ambientais levando em consideração o conceito ampliado de saúde e a importância de não dissociar as questões emocionais do cuidar (BERNARDES, 2005).

Abranger o significado ampliado do fenômeno saúde implica, em suma, aumentar as possibilidades interativas mais à frente da articulação teoria e prática, por meio de contestações e discussões que fortaleçam e divulguem o conceito de saúde segundo uma ampliada perspectiva. Para tanto, torna-se fundamental, ainda, entender os seres humanos como seres singulares e multidimensionais, que estão implantados em argumentos concretos e reais (YÉPEZ, 2002).

2.2 CÂNCER COMO EPIDEMIA

De acordo com o Relatório Mundial do Câncer 2014, divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) são estimados um acréscimo de 14 milhões em 2012 para 22 milhões em 2030. Sendo que 70% das mortes por câncer ocorreram em países em desenvolvimento, “onde a detecção tardia, a demora em iniciar o tratamento e a falta de acesso a medicamentos de última geração explicam boa parte dos óbitos” (OMS, 2014). No Brasil, nos próximos dez anos o câncer deixará de ser a segunda e passará a ser a primeira causa de morte, responsável por 15,6% dos óbitos (OMS, 2014).

A mortalidade é a medida mais frequentemente utilizada para estudos geográficos. A taxa de mortalidade reflete o risco de morte em um determinado período em uma população específica. As informações sobre mortalidade obtidas através do recolhimento sistemático das informações presentes nos atestados de óbito são as mais simples e acessíveis para o estudo das condições de saúde de uma população. Para esta publicação, as informações sobre o óbito foram organizadas por sexo, faixa etária, Brasil, regiões, unidade da federação (local de residência), municípios das capitais e causa de morte (neoplasia maligna segundo Classificação Internacional de Doenças – CID) (MINISTERIO DA SAÚDE, 2014, p. 1).

Especificamente sobre o tema CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde ou Classificação Internacional de Doenças) é divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem por objetivo uniformizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde.

A Organização Mundial de Saúde estabelece a classificação para que seja padrão em quaisquer lugares do mundo

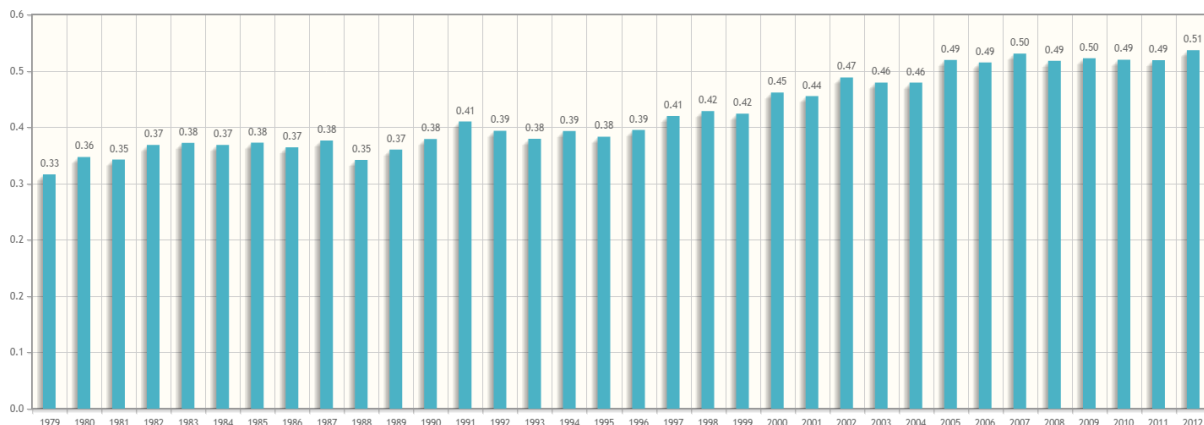
A CID 10 aprovisiona códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015, p. 37).

A facilidade da padronização se traduz nos números e no controle das informações da saúde, que permitem comparações e cruzamentos.

A fonte das informações de óbitos por câncer é o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Desde sua criação em 1975, as informações contidas nas declarações de óbito passaram a ser codificadas, tabuladas e divulgadas em anuários estatísticos do Ministério da Saúde, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, então CID-9. Em 1996, passou-se a utilizar a tradução da CID-10 em língua portuguesa para classificar as informações sobre mortalidade. Portanto, neste Atlas de Mortalidade por Câncer, os óbitos fornecidos pelo SIM de 1979 a 1995 foram classificados pela CID-9, e a partir de 1996, pela CID-10. Para permitir a comparabilidade entre as informações apresentadas, foram utilizados critérios de conversão preconizados internacionalmente (MINISTERIO DA SAÚDE, 2014, p. 1).

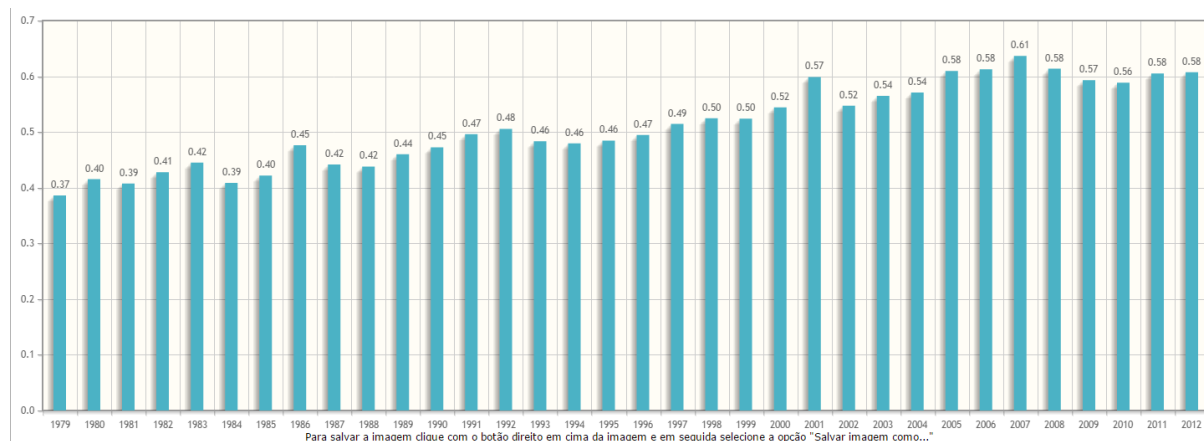
Os dados estatísticos relacionados à epidemia de câncer (leucemia linfóide, leucemia mielóide, leucemia monocítica, outras leucemias de células de tipo específico e leucemia de tipo celular) no Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer e com a Organização Pan Americana de Saúde entre os anos de 1979 e 2012, demonstram um aumento da mortalidade tanto nos pacientes do sexo masculino, quanto nos do sexo feminino, conforme podemos observar nos gráficos 1 e 2 abaixo:

Gráfico 1 - Mortalidade homens entre 1979 e 2012



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.

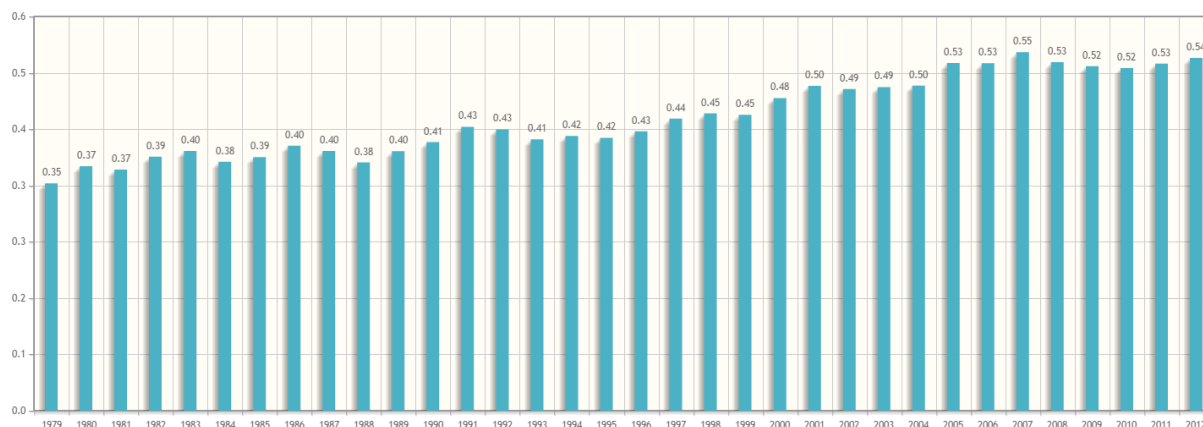
Gráfico 2 - Mortalidade mulheres entre 1979 e 2012



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.

Comparando os dois gráficos é possível notar que os índices de mulheres acometidas por (leucemia linfóide, leucemia mielóide, leucemia monocítica, outras leucemias de células de tipo específico e leucemia de tipo celular, SOE) no Brasil ainda são maiores do que em homens (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), como podemos observar no gráfico 3.

Gráfico 3 - Mortalidade homens e mulheres entre 1979 e 2012.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.

A tabela 1 compara a taxa de mortalidade entre homens e mulheres de acordo com a faixa etária. Constata-se a partir dos dados apresentados que o índice de mortalidade é maior entre os homens, já a maior incidência se dá na faixa etária de 70 a 79 anos tanto entre os homens como as mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). O que solidifica a menção anterior sobre o aumento da expectativa de vida da população e o acometimento dos idosos.

Tabela 1 – Taxa de mortalidade

Faixa Etária	Homens		Mulheres	
	Número de Obito	Taxa Específica	Número de Obito	Taxa Específica
00 a 04	4.661	1,65	4.074	1,49
05 a 09	4.730	1,65	3.312	1,19
10 a 14	4.354	1,51	3.301	1,16
15 a 19	5.057	1,84	3.333	1,21
20 a 29	7.348	1,56	5.290	1,1
30 a 39	6.492	1,74	5.618	1,44
40 a 49	6.849	2,46	6.268	2,14
50 a 59	8.411	4,5	7.407	3,68
60 a 69	10.578	9	9.096	6,83
70 a 79	11.334	19,13	9.667	13,28
80 ou mais	6.701	32,28	7.066	22,77
Idade ignorada	135	7,95	108	6,23
Total	76.650	-	64.540	-
Taxa Bruta	-	2,9	-	2,38
Tx Padr. Mundial	-	3,35	-	2,55
Tx Padr. Brasil	-	3,52	-	2,66

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.

Tabela 2 – Taxa de vidas perdidas

Faixa Etária	APVP	TAPVP
01-04	546.972	1,82
05-09	575.503,5	1,02
10-14	509.124	0,89
15-19	516.231	0,94
20-29	682.668	0,72
30-39	533.104	0,7
40-49	446.046	0,78
50-59	379.752	0,98
60-69	275.548	1,1
70-79	84.032	0,64
Total	4.548.980,5	0,9

APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos
TAPVP - Taxa de Anos Potenciais de Vida Perdidos

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.

A tabela 2 apresenta os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e a Taxa de Anos Potenciais de Vida Perdidos, havendo maior incidência na faixa etária de 05 a 09 anos para ambos os sexos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Para minimizar esta epidemia, o Instituto Oncoguia (2015), sugere como possibilidades terapêuticas da leucemia as terapias complementares e alternativas, que busquem apoiar o tratamento convencional padrão, mas é preciso entender a diferença da complementação do tratamento das enfermidades. Os tratamentos não podem ser substituídos por alternativos que não sejam comprovados cientificamente, esses tipos de substituições podem comprometer inclusive a vida do paciente.

No quadro abaixo a diferença entre os métodos complementares e os tratamentos alternativos.

Quadro 1 – Terapias utilizadas

Métodos Complementares	Tais métodos não são ofertados como cura para o câncer. Determinadas metodologias podem ser empregadas juntamente com o tratamento regular, como meditação para reduzir o estresse, acupuntura para ajudar a aliviar a dor, ou chá de hortelã para aliviar as náuseas. Alguns métodos complementares são populares e podem ajudar já outros jamais foram testados cientificamente. Determinados métodos não tiveram sua eficácia assegurada e outros foram avaliados prejudiciais.
Tratamentos Alternativos	Podem ser ofertados como cura de câncer. Todavia, tais terapias não foram analisadas clinicamente e, por conseguinte não se mostram seguros e eficazes.

Fonte: Elaboração própria adaptado MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014.

2.3 LEUCEMIA

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cancerologia:

As leucemias são cânceres das células do sangue. As células cancerosas podem acometer toda a medula óssea, de modo a impedir a fabricação de células normais do sangue (falência medular), o que levaria a quadros variáveis de sangramento, infecção e anemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 2014, p. 31)

“Câncer é o nome que se dá a um grupo de doenças que se caracterizam pelo crescimento desordenado de células anormais” (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014, p. 12).

Um dos tipos de câncer é a leucemia, que pode ser definida como uma doença maligna dos glóbulos brancos (leucócitos), que tem como característica principal o acúmulo de células jovens anormais em detrimento das células normais na medula óssea (local onde as células sanguíneas são formadas e ocupa a cavidade dos ossos). Na medula estão localizadas as células que dão origem aos glóbulos brancos, aos glóbulos vermelhos (hemácias ou eritrócitos) e às plaquetas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Leucemias são doenças hematológicas neoplásicas malignas, resultantes da proliferação desregulada de células hematopoiéticas da medula óssea, com alterações na maturação e apoptose celular, que ocorrem comumente na infância. Somente 20% dos casos incidem em adultos. Entre os tipos de câncer, a leucemia em adultos se apresenta como um dos que se revestem de prognóstico não promissor, quando comparado ao que acomete crianças (FALCÃO, 2001. p. 661-6).

As leucemias são originadas por meio de alterações genéticas adquiridas, portanto, não hereditárias. Uma vez que a divisão e morte das células são controladas pelas informações do interior dos genes. Caso ocorra algum erro na divisão da célula, poderá acarretar alterações genéticas que ativam os oncogenes. Uma vez que ocorra isso, haverá o surgimento do clone (câncer) (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

Ainda segundo o Instituto Nacional do Câncer (2014), é inexata a definição da origem do câncer, contudo, foram identificados alguns dos fatores de risco, dentre eles: Exposição a produtos químicos; Tratamento prévio com quimioterapia ou radioterapia; Exposição à radiação ionizante; Doenças genéticas, como anemia de Fanconi, síndrome de Down, neurofibromatose, entre outras; Doenças do sangue como mielodisplasia e neoplasias mieloproliferativas.

Ressalta-se porém que fatores de risco afetam a chance de adquirir a leucemia, contudo, apresentar um fator de risco ou mesmo vários fatores de risco não denota que a pessoa vai definitivamente ter a doença (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2014).

2.3.1 Tipos de Leucemias

A Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia a doença

[...] pode ser aguda ou crônica. A aguda tem progressão rápida, com expansão de células jovens, ainda não maduras, os chamados blastos. Dessa forma, elas não impetram mais alcançam suas funções normais e se multiplicam de forma descontrolada ainda na medula óssea. A leucemia crônica ocorre lentamente, permitindo que mais células diferenciadas ainda consigam realizar algumas de suas funções, acarretando poucos sintomas, com isso o quadro pode se torna grave lentamente, porém, a doença pode evoluir para uma leucemia aguda (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015, p. 12).

As leucemias podem dividir-se em mielóide e linfóide, e se diferenciam pelo tipo de células acometidas. Assim, as leucemias são classificadas em leucemia mielóide aguda (LMA), leucemia mielóide crônica (LMC), leucemia linfóide aguda (LLA), leucemia linfóide crônica (LLC) e Leucemia Promielocítica Aguda (LPA) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015). De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2015, p. 19) “a Leucemia linfóide crônica: afeta células linfóides e se desenvolve vagarosamente. A maioria das pessoas diagnosticadas com esse tipo da doença tem mais de 55 anos”. Raramente afeta crianças. Enquanto a Leucemia mielóide crônica: afeta células mielóides e se desenvolve vagarosamente, a princípio. Acomete principalmente adultos.

Já a Leucemia linfóide aguda: afeta células linfóides e agrava-se rapidamente. É o tipo mais comum em crianças pequenas, mas também ocorre em adultos. E por fim a Leucemia mielóide aguda: afeta as células mielóides e avança rapidamente. Ocorre tanto em adultos como em crianças (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015, p. 20).

No quadro a seguir podemos identificar os tipos de leucemia e suas respectivas descrições:

Quadro 2 – Tipos de leucemia

Tipos	Descrição
Leucemia Mielocítica Aguda (LMA)	A leucemia mieloide aguda (LMA) é o resultado de uma alteração genética adquirida (não herdada) no DNA de células mieloides (subtipo de glóbulos brancos) em desenvolvimento na medula óssea. A leucemia mieloide aguda pode se desenvolver a partir das células pluripotentes em vários estágios de desenvolvimento. Os mieloblastos são células que perderam a capacidade de diferenciação, mas mantém a capacidade de multiplicação. Os principais subtipos estão descritos abaixo, e os exames realizados para estabelecer o diagnóstico nos mieloblastos leucêmicos são: citoquímica, imunofenotipagem e biologia molecular. 80% dos casos de LMA ocorrem em adultos com predominância dos homens (ABRALE, 2015).
Leucemia Mieloide Crônica (LMC)	É um tipo de câncer do sangue resultante de uma alteração no DNA das células-tronco, ou seja, trata-se de uma alteração no material genético das células responsáveis por dar origem a todos os componentes do nosso sangue. Ainda não se sabe ao certo o motivo dessa mutação, mas os médicos afirmam que é uma doença adquirida, que não está presente no momento do nosso nascimento, corresponde de 15% a 20% das leucemias, com maior frequência em adultos (ABRALE, 2015).
Leucemia Linfocítica Aguda (LLA)	A LLA é o resultado de um dano genético adquirido (não herdado) no DNA de um grupo de células (glóbulos brancos) na medula óssea. As células doentes substituem a medula óssea normal. Os efeitos são o crescimento incontrolável e o acúmulo das células chamadas de “linfoblastos” (linfócitos imaturos) que perdem a capacidade de funcionar como células sanguíneas normais, levando a um bloqueio ou mesmo diminuição na produção de glóbulos vermelhos, plaquetas e glóbulos brancos na medula óssea. Com a redução da hematopoese, que é o sistema responsável pela produção das células sanguíneas na medula óssea, o organismo passa a apresentar alguns sinais e sintomas como anemia, manchas roxas, febre e/ou outros sintomas de infecção, dentre outros, incidência em crianças e adultos acima de 65 anos (ABRALE, 2015).
Leucemia Linfóide Crônica (LLC)	A leucemia linfóide crônica resulta de lesão adquirida (não hereditária) no DNA de uma única célula, um linfócito, na medula óssea. A lesão no DNA da célula confere a ela maior capacidade de crescimento e sobrevivência, tornando-a anormal e maligna (leucêmica). O resultado desse dano é o crescimento descontrolado de células linfóides na medula óssea, levando invariavelmente ao aumento do número de linfócitos no sangue. Nas leucemias crônicas não há o impedimento da formação de células normais na medula óssea, por isso, células leucêmicas (com DNA danificado e de crescimento lento) e normais convivem ao mesmo tempo, o que explica a evolução mais lenta da leucemia linfóide crônica, acomete adultos com mais de 50 anos (ABRALE, 2015).
Leucemia Promielocítica Aguda (LPA)	LPA é uma forma de câncer que afeta as células tronco, responsáveis por produzir os glóbulos vermelhos, plaquetas e todas as células brancas (exceto os linfócitos) na medula óssea. Este é um subtipo da leucemia mieloide aguda (LMA) e representa 10% dos casos deste tipo de leucemia. Muitas vezes é referida como LMA-M3 e está associada a uma anormalidade muito específica, em que partes dos cromossomos 15 e 17 são trocados; esta troca é chamada de t (15;17). Esta troca produz um gene chamado PML/RAR α , que parece causar diretamente muitas características da doença. Na LPA as células anormais são os glóbulos brancos, do tipo neutrófilo. As células imaturas, conhecidas como promielócitos, se acumulam na medula óssea e são incapazes de amadurecer (se diferenciar), causando uma redução significativa dos glóbulos brancos normais em circulação. O acúmulo de células imaturas na medula óssea também impede a produção de outros tipos de células, resultando em anemia e baixa contagem de plaquetas. As células leucêmicas tendem a se espalhar pela corrente sanguínea, o que facilita o diagnóstico, que é feito na maioria dos casos a partir de um exame de sangue (ABRALE, 2015).

Fonte: adaptação do próprio autor. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015.

2.3.2 Sinais e sintomas

Os sintomas das leucemias agudas relacionam-se à redução na fabricação de células normais da medula óssea. “Ao ocorrer essa queda na produção de glóbulos vermelhos (hemácias), o doente pode apresentar anemia que, por sua vez, causa palidez, cansaço fácil e sonolência” (ZELMANOWICS, 2010, p. 13). Enquanto a redução na fabricação de plaquetas pode acarretar manchas roxas em diversas localizações do corpo, minúsculos pontos vermelhos sob a pele (conhecidos como petéquias) ou sangramentos prolongados depois ferimentos pequenos (FALCÃO, 2001).

“Pacientes com a imunidades reduzidas (queda na produção de glóbulos brancos) são mais susceptíveis a infecções e podem mostrar-se febris” (FALCÃO, 2001, p. 21).

Nota-se também como sintomas: “[...] dores ósseas e nas juntas, causando dificuldade de andar; dores de cabeça e vômitos; aumento dos linfonodos (gânglios linfáticos); aumento do baço (esplenomegalia) ou do fígado (hepatomegalia) [...] (FALCÃO, 2001, p. 22).

Descobertas por meio de exames com outras finalidades, as leucemias crônicas são menos sintomáticas. Quando elas estão em avançados estágios, exibem sintomas semelhantes aos das leucemias agudas (CAMARGO, 2000).

Possui como sintoma corriqueiro o emagrecimento e o aumento dos linfonodos, do fígado ou do baço, observado principalmente na LMC. Na LLC, nota-se quadros de infecções cíclicas de pele, pulmões, rins e em outros órgãos, visto que há diminuição na defesa natural do organismo (CAMARGO, 2000).

Alterações no hemograma desencadeiam a suspeita da leucemia. A confirmação se dá por meio da coleta de medula óssea para exames: mielograma; biópsia; imunofenotipagem e cariótipo (CAMARGO, 2000).

Os sinais e sintomas de leucemia podem variar em função da parte do corpo afetada, dentre os sinais e sintomas mais comuns, exemplicam-se: fadigas; variações de peso; protuberância na pele; tosses persistentes; rouquidão; indigestão; febre e suores (MINHA VIDA, 2015).

“A partir da suspeita diagnóstica, recomenda-se estudos para subclassificação e estratificação de risco, como exames de biologia molecular” (ZELMANOWICS, 2010, p. 14).

2.3.3 Detecção do câncer

Assim como sinais e sintomas, os exames para detectar o câncer variam em função da localização e do tipo do tumor, o quadro a seguir apresenta os métodos mais utilizados a detecção precoce:

Quadro 3 - Métodos de detecção do câncer

Biópsia do tumor	Consiste na remoção de uma pequena quantidade de tecido para exame ao microscópio, que é analisada por um patologista, médico especializado na interpretação de exames laboratoriais e avaliação de células, tecidos e órgãos para diagnosticar a doença.
Exames de sangue	Buscam por substâncias químicas como marcadores tumorais.
Biópsia da medula óssea (para linfoma ou leucemia)	A biópsia de medula óssea é feita com a retirada de um pequeno fragmento de osso da bacia. Adultos podem fazer a biópsia recebendo uma anestesia local, na bacia ou uma leve sedação. Sendo assim, a biópsia é realizada no laboratório ou no consultório médico. Crianças em geral, são levadas ao centro cirúrgico e recebem uma leve sedação. A coleta é realizada com o paciente deitado e dura em média 20 minutos.
Radiografia torácica	O diagnóstico radiológico permite a avaliação e acompanhamento do paciente com câncer, à detecção precoce contribui para a eficácia do tratamento.
Hemograma completo	Exame de sangue comum, colhido por seringa diretamente da veia, que tem por finalidade quantificar as células do sangue, utilizado tanto no diagnóstico quando no acompanhamento da doença.
Tomografia computadorizada	Exame não invasivo que objetiva produzir imagens dos órgãos internos a partir de equipamentos especiais de raio x com computadores programados.
Ressonância magnética	Por meio do campo magnético de intensidade elevada e computador é possível produzir imagens detalhadas de dentro do organismo.

Fonte: Elaboração própria adaptado do ONCOGUIA, 2015.

As novas tecnologias permitem um diagnóstico mais preciso do câncer, cita-se como exemplo recente a Medicina Nuclear:

É uma especialidade médica que utiliza a radiação em pequena porção para a realização de exames diagnósticos ou tratamentos. O princípio do método é o acoplamento molecular destes materiais radioativos a substâncias de comportamento biológico conhecido. Com as imagens captadas é possível verificar como as substâncias reagiram, se houve a concentração em órgãos doentes ou não, e ainda em quais órgãos estão presentes, em que dimensões, em quais tipos de tumores e se estão ativos. Quando a radiação

acoplada a estes materiais é do tipo Beta, pode-se usar o princípio para alcançar as lesões e assim tratá-las com irradiação, seletivamente de dentro para fora, e assim obter a destruição de tecidos doentes (Centro de Combate ao Câncer, 2015, p. 31).

Utiliza-se como equipamentos de imagem diagnóstica para estes métodos as gama câmeras SPECT e o PET-CT, complementados com a utilização de material radioativo. As quantidades de radiação envolvidas nos exames são mínimas, muitas vezes inferiores aos dos exames radiológicos convencionais sendo, portanto, seguro para crianças e adultos; excluindo-se apenas as gestantes. A radiação envolvida nos tratamentos é maior e diferente daquela empregada para o diagnóstico, necessitando muitas vezes de internação do paciente (Centro de Combate ao Câncer, 2015, p. 31).

O PET é um equipamento que ao ser usado com o tomógrafo convencional, o CT, permite a sobreposição de imagens para a realização de um exame não invasivo e que fornece dados detalhados sobre o tumor. No início o PET e o CT eram equipamentos separados e hoje eles compõem uma única estrutura capaz de fornecer em apenas 30 minutos, cerca de 1.500 imagens em 3D de todo o corpo do paciente. Por meio do PET-CT é possível diferenciar lesões benignas das malignas, determinar a fase de desenvolvimento do tumor e ainda monitorar o resultado dos tratamentos aplicados (Centro de Combate ao Câncer, 2015, p. 31).

A “política nacional de controle do câncer propõe a detecção precoce como uma das ações integradas previstas na atuação em áreas estratégicas” (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015, p. 21). A prevenção do câncer nos níveis primário (promoção da saúde) e secundário (detecção do surgimento de doença nos estágios iniciais) é de suma importância para que os índices de incidência e mortalidade por câncer sejam reduzidos no Brasil. A vigilância epidemiológica (análise e produção de dados técnicos e científicos sobre o câncer) também trabalha para que os índices de câncer sejam reduzidos. A Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV) tem por finalidade prestar assessoria técnica para a disseminação de campanhas informativas e educativas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015).

A Coordenação de Prevenção e Vigilância objetiva estimular a população na adoção de condutas preventivas ao surgimento do câncer, como atividades físicas e a alimentação saudável, com incentivo a busca de uma melhor qualidade de vida. Com este intuito, ações pontuais (eventos) e ações contínuas (programas) são elaborados para informar e alertar sobre os fatores de risco de câncer, entre os quais se destaca o tabagismo, por sua associação direta com alguns tipos de câncer (responsável, por exemplo, por 90% dos casos de câncer de pulmão). As principais ações nessas áreas são: desenvolvimento e coordenação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo; prestação de assessoria técnica quanto às questões que envolvem o tabagismo no Brasil, no âmbito da legislação e economia, além da regulamentação

do uso e fabricação dos produtos derivados do tabaco; colaboração com a Organização Mundial da Saúde no âmbito do Programa Tabaco ou Saúde e da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco; promoção de eventos e instrução das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde quanto às comemorações do Dia Mundial sem Tabaco, Dia Nacional de Combate ao Fumo e Dia Nacional de Combate ao Câncer e a realização de estudos científicos e o desenvolvimento de divulgação de métodos e técnicas para cessação de fumar (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015).

A CONPREV tem como principal função a elaboração de ações e programas para detecção precoce das neoplasias malignas mais comuns, tais como câncer de boca, próstata, pele, cólon, reto, mama e colo de útero. As principais ações nessa área são: desenvolvimento e coordenação dos programas nacionais de controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama e Publicação de material educativo dirigido à comunidade e aos profissionais de saúde (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015).

A Coordenação de Prevenção e Vigilância deve estudar e avaliar a distribuição das várias formas de câncer entre a população brasileira, as variações de sua ocorrência em diferentes grupos ou comunidades e os fatores de risco a que a população é exposta. Para isso, a Coordenação de Prevenção e Vigilância coordena os Registros de Câncer de todas essas áreas, incluindo-se os registros de câncer de base populacional, que garantem uma cobertura de 85% das capitais brasileiras, e os registros hospitalares de câncer implantados em Hospitais ou Serviços especializados em Oncologia. As principais ações nessa área são: Desenvolvimento e coordenação do Programa de Epidemiologia e Vigilância; A publicação da Estimativa de Incidência de Câncer 2010 e Desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas pertinentes ao câncer e seus elementos de risco, como por exemplo, o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos não Transmissíveis e a Vigilância de Tabagismo em Escolares. Também compete à Coordenação de Prevenção e Vigilância a implementação do Projeto de Expansão da Assistência Oncológica (EXPANDE), para aumentar a capacidade instalada da assistência oncológica no Brasil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015).

2.4 OPÇÕES TERAPÊUTICAS

De acordo com a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (2015), o número de pacientes com diagnóstico de câncer relacionado ao sangue – leucemia, linfoma de Hodgkin e não-Hodgkin, mieloma múltiplo e mielodisplasia, gira em torno de 50 mil por ano. Por outro lado, o linfoma e a leucemia, são as formas mais curáveis de câncer, ou seja, através da terapia medicamentosa é possível curar os pacientes e permitir a eles uma vida longa e ativa (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015).

A terapia da leucemia é modificada de acordo com o seu tipo e subtipo. Nos episódios de LLC, ao ser diagnosticada a doença, a maioria dos pacientes não carece de prévio tratamento. Enquanto a leucemia aguda necessita de tratamento emergencial através da quimioterapia. Os pacientes são conduzidos para transplante de medula óssea, em função da sua estratificação de risco e resposta à quimioterapia inicial (ONCOLOGY NURSING SOCIETY, 2010).

A terapia medicamentosa pode acelerar a morte das células cancerígenas em duas conjunturas: número demasiado alto de células sendo produzidas e número demasiado alto de células vivendo por tempo excessivo (ONCOLOGY NURSING SOCIETY, 2010).

Portanto, a terapia medicamentosa tem por objetivo eliminar as células cancerígenas, de modo que não haja mais sinais da doença, permitindo às células normais readquirirem suas funções (remissão), ou matar/lesar as células cancerígenas, de forma a enfraquecer a progressão da doença (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015).

As substâncias quimioterápicas intervêm na capacidade de desenvolvimento (multiplicação) ou de sobrevivência das células cancerígenas, por isso, distintos grupos de medicamentos operam de distintas maneiras. Dessa forma, a caracterização do tipo da doença presente é primordial, visto que certas medicações são administradas somente em específicos casos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015).

Quadro 4 - Algumas Medicacões Utilizadas no Tratamento das Doenças Onco-
Hematológicas

(continua)

<p>Medicacões que danificam o DNA Medicacões que reagem com o DNA, alterando-o quimicamente e impedindo que ele oriente o crescimento celular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Busulfan (Myleran®) • Carboplatina (Paraplatin®) • Carmustina (BCNU®) • Clorambucil (Leukeran®) • Cisplatina (Platinol, Platiran®) • Ciclofosfamida (Cytosan, Neosar, Genuxal®) • Dacarbazina (DTIC®) • Ifosfamida (Holoxane®) • Lomustina (CCNU, Citostal®) • Mecloretamina (Mustargen®) • Melfalan (Alkeran®) • Procarbazina (Natulanar®)
<p>Antibióticos Antitumorais Medicacões que interagem diretamente com o DNA no núcleo das células, interferindo na sobrevivência celular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bleomicina (Blenoxane®) • Daunorrubicina (Daunomicina®) • Doxorubicina (Adriamicina®) • Idarrubicina (Zavedos®) • Mitoxantrona (Novantrone®)
<p>Antimetabólitos Medicacões que substituem e bloqueiam a habilidade das células de formar o RNA ou o DNA, evitando o crescimento celular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 5-azacitadina (AZA-C®) • Cladribina (Leustatin®) • Citarabina (Citosina arabinosida, Ara-C, Cytosar®) • Fludarabina (Fludara®) • Hidroxiuréia (Hydrea®) • 6 mercaptopurina (Purinethol®) • Metotrexato (Mexate, Metotrex®) • 6 tioguanina (Lanvis®)
<p>Inibidores de Enzimas Reparadoras do DNA Medicacões que atuam no núcleo celular, em certas proteínas (enzimas) que reparam lesões causadas ao DNA. Elas impedem que estas enzimas atuem, tornando o DNA mais suscetível a injúrias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etoposide (VP 16, VePesid) • Teniposide (VM-26, Vumon®) • Topotecan (Hicamtin®)
<p>Medicacões que Impedem a Divisão Celular através do Bloqueio da Mitose Medicacões que prejudicam estruturas celulares necessárias para que a célula se divida em duas células filhas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vimblastina (Velban®) • Vincristina (Oncovin®) • Paclitaxel (Taxol)
<p>Agentes de Maturação Celular Medicacões que atuam em um tipo de leucemia (LMA-M3), induzindo à maturação de células leucêmicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido all-trans retinóico (Vesanoid®) • Trióxido de arsênio (Trisenox®)

Quadro 4 - Algumas Medicações Utilizadas no Tratamento das Doenças Onco-Hematológicas

(conclusão)

Biomodificadores Medicações baseadas em produtos naturais, cujo mecanismo de ação exato ainda não é claro. Podem atuar, dentre outras maneiras, lesando o DNA.	<ul style="list-style-type: none"> • Interferon-alfa (Roferon A®, Intron®)
Anticorpos monoclonais Classe de agentes para o tratamento do linfoma e da leucemia, que atacam e destroem as células cancerígenas com menos efeitos colaterais que a quimioterapia convencional.	<ul style="list-style-type: none"> • Rituximab (Mabthera®) • Gemtuzumab ozogamicina (Milotarg®)
Medicações com Alvos Moleculares Específicos Agentes que bloqueiam a proteína mutante específica que inicia a transformação celular maligna.	<ul style="list-style-type: none"> • Mesilato de imatinibe (Glivec®)

Fonte: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015.

Vale ressaltar que o acesso ao tratamento medicamentoso ainda é um grande problema no Brasil. Ainda que a Constituição Federal determine que o Estado por meio do Sistema Único de Saúde, garanta a todos, “sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, o direito à saúde de forma integral e igualitária, abarcando o subsídio farmacêutico, é possível observar o quão limitado é o acesso ao tratamento medicamentoso” (ONCOGUIA, 2015, p. 12).

O paciente somente terá acesso aos medicamentos antecipadamente incorporados ao SUS, o que ocorre de acordo com avaliação de órgãos técnicos especializados, que devem levar em consideração as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a garantia dos medicamentos, bem como a avaliação econômica comparativa das benfeitorias e dos custos relacionados aos produtos já congregados. Essa estrutura é importante para que os que gerem o SUS tenham a possibilidade de esquematizar as políticas públicas de saúde, colocando de maneira adequada as soluções financeiras disponíveis para tanto (ONCOGUIA, 2015).

Existe muita discussão sobre essa questão. Apesar da necessidade das políticas públicas de saúde serem praticadas pelo SUS privilegiando o acesso ao medicamento, diversos conhecedores e membros do poder judiciário percebem que, os que gerem o SUS, necessitam avaliar caso a caso, e, averiguar se os medicamentos congregados não se manifestam clinicamente apropriados e deve-se

proporcionar ao paciente outros elementos existentes no mercado, independentemente da sua antecedente inclusão ao SUS, mesmo porque nem sempre o procedimento de incorporação segue a velocidade dos avanços medicinais. É de suma importância, contudo, que o medicamento seja registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão competente para medir a segurança, eficácia e qualidade dos produtos, salvo em situações excepcionalíssimas (ONCOGUIA, 2015).

Havendo tempo hábil, “aconselha-se que o paciente, protocole, primeiramente, requerimento por escrito na devida Secretaria da Saúde” (do Estado ou do Município), requerendo, com base em protocolo médico, os medicamentos dos quais necessita. Alguns Estados e Municípios disponibilizam aos pacientes formulários próprios para solicitação de medicamentos (ONCOGUIA, 2015, p. 13).

Se ainda assim os pacientes se depararem com dificuldades no acesso aos medicamentos, poderá apresentar reclamação às ouvidorias do SUS (locais, regionais ou nacional). A ouvidoria do Ministério da Saúde, “por exemplo, tem competência para acionar os órgãos adequados para a conformidade de problemas identificados” (ONCOGUIA, 2015, p. 14).

Além das ouvidorias do Sistema Único de Saúde, “os usuários poderão contar com o auxílio de assistentes sociais no conveniente estabelecimento em que está sendo atendido”. Esses profissionais, muitas vezes, são o caminho para solucionar problemas, principalmente nos casos de má comunicação ou por desconhecerem os mecanismos de controle (ONCOGUIA, 2015, p. 15).

Quadro 5 – O câncer e a Legislação

Constituição Federal, de 05/10/1988 (art. 196 e ss.)
Lei 8.080, de 19/09/1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
Lei 8.142, de 28/12/1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
Portaria MS/GM nº 1.820, de 13/08/2009 - Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.
Recomendação CNJ nº 31, de 10/03/2010 - Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

Fonte: adaptação do próprio autor. ONCOGUIA, 2015.

2.4.1 Quimioterapia

Dentre as terapêuticas para a leucemia, a quimioterapia é considerada como abordagem sistêmica, pois possibilita a cura de certos tumores e tratamento preventivo de metástases não detectáveis (BONASSA, 2005).

A quimioterapia ferramenta terapêutica mais utilizada no tratamento das leucemias. Múltiplos esquemas podem ser empregados, desde os que abrangem somente um tipo de droga, até os que contam com a combinação de dez ou mais quimioterápicos. O tratamento é definido pelo médico e indicado para cada caso específico. O diagnóstico é determinante para a opção do protocolo a ser utilizado. A aplicação pode ser:

Quadro 6 – Tipos de aplicação

Tipo	Modo
Oral	Através da utilização de comprimidos.
Endovenosa	Por meio de injeções aplicadas diariamente
Cateter	Aplicado numa grande veia, comumente na zona superior do peito, pelo qual são ministrados os medicamentos diariamente. Tal método evita a necessidade de muitas injeções, que podem causar desconforto e danificar as veias e a pele do paciente.

Fonte: Elaboração Própria adaptado BONASSA, 2005.

As injeções administradas diretamente no líquido cefalo-raquidiano também são alternativas para aplicação medicamentosa. Este procedimento é utilizado porque, muitas vezes, os fármacos administrados por injeção intra venosa ou pela boca, não chegam às células do cérebro nem na espinha medular (uma rede de vasos sanguíneos). Os medicamentos podem ser administrados de duas maneiras, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 7 – Tipos de administração

Tipo	Modo
Injeção na coluna	O medicamento é injetado na parte inferior da coluna vertebral.
Reservatório de Ommaya	Utilizado principalmente em crianças e alguns adultos, os quais recebem a quimioterapia intratecal por meio de um cateter especial, chamado reservatório de Ommaya. Que é realizado por meio de punção lombar e objetiva tratar o acometimento do sistema nervoso pela doença

Fonte: Elaboração Própria. ONCOLOGY NURSING SOCIETY, 2010.

De maneira geral a quimioterapia se dá por ciclos de tratamento, que se repetem com periodicidade específica e que podem alterar de acordo com o paciente. O tratamento pode ocorrer em um ou mais dias, seguidos de intervalos de descanso (ROCHE, 2015).

Por afetar o sistema humano como um todo, a quimioterapia traz consigo diversos efeitos colaterais, dentre eles: “mielossupressão, náuseas, vômitos, diarreia e alopecia”. Além dos efeitos, um dos grandes transtornos relacionados ao tratamento, são as frequentes idas aos hospitais, as quais modificam os hábitos e costumes do paciente e de seu grupo familiar (BARRETO, 2008, p. 13).

Alguns pacientes “realizam a quimioterapia nos hospitais, consultórios ou até mesmo em suas residências, não precisam necessariamente ficar internados no ambiente hospitalar” (ROCHE, 2015, p. 29).

A LMC em fase crônica é tratada com quimioterapia-alvo, terapêutica que atua especificamente nas células leucêmicas. Esse tipo de leucemia possui uma propriedade única, que é a apresentação de uma alteração genética específica, o cromossomo Philadelphia, resultado da translocação entre dois cromossomos, o 9 e o 22. Essa alteração suscita o gene conhecido como bcr-abl e uma proteína do tipo tirosino-quinase, que é o alvo desses quimioterápicos. São de uso oral (comprimidos) e seu desenvolvimento teve enorme impacto na qualidade de vida e sobrevida dos portadores de LMC (CAMARGO, 2000, p. 37). De acordo com a Roche (2015), pacientes com LMC, realizam um tratamento novo, conhecido como “tratamento direcionado”, que tem por finalidade bloquear a produção de células tumorais e em paralelo não afetar as células normais.

2.4.2 Imunoterapia

Por meio da administração de medicamento na veia, “a imunoterapia permite a melhora das defesas naturais do corpo humano contra leucemia” (ROCHE, 2015, p. 30). Pacientes com leucemia linfocítica crônica são medicados com anticorpos monoclonais, as quais se conectam as células cancerígenas, de modo a permitir que as células tumorais sejam eliminadas através do sistema imunitário (ROCHE, 2015).

Já os pacientes com leucemia mielóide crônica recebem a medicação com uma substância natural conhecida como interferão. Tal substância tende a desacelerar o desenvolvimento das células cancerígenas (ROCHE, 2015).

2.4.3 Radioterapia

A radioterapia utiliza raios de elevada energia para eliminar as células cancerígenas. O equipamento de radiação utilizado é direcionado para partes ou o todo do corpo do paciente. A radiação completa, ou seja, em todo o corpo, se dá no período que antecede o transplante da medula óssea (ROCHE, 2015).

“Radioterapia é empregada ocasionalmente, sobretudo em portadores de LLC, para abater massas linfonodais que comprimem as estruturas nobres ou causam sintomas importantes” (CAMARGO, 2000, p. 38). A radioterapia craniana pode ser imprescindível em portadores de LLA ou alguns subtipos de LMA, onde há risco do sistema nervoso ser acometido. A radioterapia corporal total pode ser utilizada na preparação do paciente para o transplante de medula óssea (CAMARGO, 2000).

Em sua grande maioria, os casos de leucemia não são tratados por meio de procedimentos cirúrgicos. Eventualmente são usados em portadores de LLC com aumento considerável e sintomático do baço, os quais não rebateram a outros tipos de tratamento (ONCOLOGY NURSING SOCIETY, 2010).

2.4.4 Transplante de células estaminais

Certos pacientes com leucemia realizam o transplante de células estaminais, o qual permite o tratamento com dosagem elevada de medicamentos, radiação ou ambos. A alta dosagem destrói células cancerígenas e glóbulos sanguíneos da medula óssea. Posteriormente, o paciente receberá células estaminais saudáveis por meio de um cateter que é implantado numa grande veia no pescoço ou peito. As células estaminais permitirão o desenvolvimento de novos glóbulos sanguíneos (ROCHE, 2015).

A decisão da realização do transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) depende das características da leucemia, da idade do paciente e do balanço risco x benefício de um transplante. A presença de fatores prognósticos desfavoráveis ou a recidiva (recaída) da doença habitualmente

leva a uma abordagem terapêutica mais agressiva, podendo incluir o TCTH. O transplante alogeneico é limitado pela presença ou não de doador na família ou no banco de medula óssea, enquanto o transplante autólogo só tem papel em alguns casos de LMA (FALCÃO, 2001. p.661-6).

Dentre os tipos de transplantes de células estaminais, destacam-se:

Quadro 8 – Transplante de células estaminais

Transplante	Modo
Transplante de medula óssea	As células derivam da medula óssea.
Transplante de células estaminais periféricas	As células derivam do sangue periférico.
Transplantes do sangue do cordão umbilical	O sangue do cordão umbilical é retirado no nascimento do bebê, em seguida é congelado e armazenado para utilização das células estaminais.

Fonte: adaptação do próprio autor. ROCHE, 2015.

Quadro 9 - Tipos de transplantes

Transplante	Modo
Autotransplante	Através da remoção e congelamento das células estaminais, tratam-se as demais células por meio de doses elevadíssimas de quimioterapia ou radioterapia, caso haja alguma célula cancerígena, ela será eliminada por meio desse processo. Após esse procedimento, descongela-se as células estaminais e as retorna para o paciente.
Transplantes alogênicos	Por meio de células estaminais de um doador (irmãos, progenitores ou outro compatível), realiza-se o transplante das células saudáveis.
Transplante singênico	Efetua-se o transplante de células estaminais do irmão gêmeo (idêntico) saudável do paciente.

Fonte: Fonte: adaptação do próprio autor. ROCHE, 2015.

Após a realização de transplantes de células estaminais, os pacientes permanecem internados nos hospitais por algumas semanas, período crítico em que o paciente deve ser privado de qualquer tipo de infecção e contaminação (ROCHE, 2015).

2.4.5 Efeitos colaterais

O principal objetivo da terapia medicamentosa é o extermínio das células cancerígenas. Ainda que o resultado das medicações quimioterápicas seja a lesão ou morte das células cancerígenas, as medicações ao mesmo tempo comprometem as células normais, originando alguns efeitos colaterais, conhecidos através de

estudos clínicos ou pesquisas conduzidas previamente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015).

Os efeitos colaterais podem variar de acordo com os medicamentos utilizados, com a forma de administração (oral, endovenosa, injeção) e ainda com o período pelo qual ela é administrada (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015).

O paciente deve avaliar tanto os benefícios quanto os riscos ao definir se vai continuar com determinado tratamento. Os benefícios da terapia medicamentosa devem ser maiores que os riscos, para que valha realmente a pena a sua adoção. Os efeitos colaterais do tratamento em sua grande maioria são desagradáveis, entretanto, devem ser confrontados com a efetividade de cada medicamento em termos de destruição das células cancerígenas. Grande parte dos efeitos colaterais é temporária e desaparece após o final da quimioterapia (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015).

Com o a boa efetividade do tratamento, células saudáveis começam a progredir e a se desenvolver. Os efeitos colaterais das medicações envolvem os tecidos: Do revestimento do trato gastrointestinal; Da pele e do couro cabeludo (folículos pilosos). Da medula óssea. Esses tecidos são dependentes do crescimento rápido de novas células para poderem realizar suas devidas funções de forma normal no corpo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015).

Figura 1 - Efeitos colaterais



Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015.

2.4.6 Terapia espiritual

Pesquisas vêm sendo realizadas para verificar a influência da religião e espiritualidade no cotidiano de pacientes oncológicos e especificamente na enfermagem, esse assunto tem sido amplamente debatido (BALDACCHINO, 2006).

Conceitualmente define-se a espiritualidade como: conhecimento universal que constitui o domínio existencial e o interior do ser humano. Por meio da espiritualidade, busca-se a harmonia com o universo, no intuito de entender os acontecimentos do universo para amenizar os impactos causados pela doença física e estresse emocional. Relacionada a essência da vida, sentimentos esperançosos, amorosos e de fé (ROSS, 2006).

A religiosidade é definida como uma relação do ser humano com a divindade sagrada. Elemento pelo qual a espiritualidade do indivíduo é expressada por meio de práticas, crenças e valores, que podem prover respostas sobre questões relacionadas a vida e a morte (ROSS, 2006).

Jung (1986) observa que a espiritualidade não é atribuída meramente a profissão de fé religiosa, mas a relações que transcendem a alma e esta com o ser divino, o que estimula a mudança. As atitudes e ações internas ampliam a consciência dos indivíduos a pensamentos e sentimentos elevados, tais atitudes contribuem para o amadurecimento e fortalecimento daqueles que vivenciam situações atípicas e dolorosas como a descoberta de uma doença terminal.

A crença em algo divino, por meio da fé, possui verdadeiro sentido quando expressar retorno às experiências com o próprio Deus seja ela de maneira íntima ou comunitária. A fé é o modo pelo qual o homem se expressa e relaciona com Deus, e essa troca tende a estimular esta experiência em sua totalidade, por intermédio de bons sentimentos, paz interior, paz de espírito, acalento ao coração, aumento da inteligência, reforço à vontade (BOFF, 2000).

O papel do enfermeiro é ser um apoiador para pacientes e familiares se conectarem com aquilo que os fortalece nos momentos de tristeza e angústia ocasionados pela descoberta de uma doença (MAFTUM, 2008). Ambas as dimensões, tanto a religiosa quanto a pessoal, estão presentes no cotidiano de profissionais de saúde e pacientes (VASCONCELOS, 2006). Ainda assim, pouca atenção tem sido

dispensada a religiosidade e espiritualidade no ambiente hospitalar, principalmente entre os enfermeiros (SALGADO et al, 2007).

O provimento do cuidado espiritual pelos profissionais de enfermagem assinala-se como um grande desafio. Entre as tarefas que lhes são atribuídas, destacam-se o “estar presente, as habilidades de saber ouvir às demandas dos familiares e respeitar suas crenças e valores” (PAULA et al, 2009, p. 12). Determinadas estratégias permitem o fortalecimento da comunicação sobre o assunto entre o enfermeiro, o paciente e seus familiares, tais como a promoção de adequados ambientes e abertura, tanto do enfermeiro quanto do paciente, para falar sobre o assunto (VAN et al, 2006).

“É fundamental que o profissional de enfermagem tenha plena ciência de sua própria linguagem espiritual, pressupostos e experiências” (TAYLOR, 2003). Profissionais com adequada consciência de sua religiosidade e espiritualidade promovem melhores cuidados (ROSS, 2006), visto que se tornam mais compassivos e capazes de iniciar uma boa conversa com pacientes oncológicos, compartilhando de modo voluntário os métodos de elaboração de sentidos e de mobilização interior, que são próprios da dinâmica de enfrentamento, diante da crise por que passam junto a seus familiares durante o adoecimento (VASCONCELOS, 2006).

Profissionais de enfermagem atuantes na oncologia possuem complexo conhecimento técnico-científico, essencial e específico para a boa prática de suas atividades. De acordo com Fontes e outros (2008, p. 21) “O cuidado demanda tempo e dedicação e inclui o componente ético e emocional, o aspecto cognitivo, a percepção, o conhecimento e a intuição”.

Taylor, (2003) por intermédio de seus estudos, demonstra que há necessidade de um direcionamento de conselheiros espirituais por boa parte dos familiares ao longo do tratamento de seus entes queridos, para que por meio desse suporte haja um fortalecimento para o enfrentamento da doença. Ainda segundo o mesmo estudo, os familiares apresentaram adversidade em tratar suas respectivas fés, quando o estado de saúde do paciente piora; a fé foi mencionada como motivo de conforto e como sendo de caráter muito pessoal. Durante os períodos complicados, muitos questionaram suas crenças, mas não desprezaram a sua fé. Nesses momentos, o profissional de enfermagem pode contribuir para as práticas espirituais dos

familiares, dispendo-se para fazer orações e preces, para ampliar o conforto espiritual de todos os envolvidos.

A prestação do cuidado espiritual por parte dos enfermeiros esbarra com diversas barreiras, dentre elas a sua própria deficiência de conhecimentos. Segundo Maftum (2008), as boas práticas da enfermagem são influenciadas diretamente por suas experiências, desde a sua formação até a prática; deste modo, é de suma importância que o meio acadêmico inclua, em sua grade curricular, disciplinas relacionadas à espiritualidade tanto dos próprios enfermeiros como de pacientes e familiares. Por outro lado, os profissionais de enfermagem têm dificuldades em assimilar a responsabilidade do cuidado espiritual e costumam ignorar a atribuição desse papel em sua prática cotidiana. Em função de divergências entre autoridades religiosas, pacientes e enfermeiros, ocorrem limitações de reflexões e discussões para que este tema seja mais desenvolvido e abordado (NARAYANASAMY, 2006).

Abarcar a espiritualidade nos procedimentos de enfermagem, por meio da abordagem das necessidades espirituais na ocasião da admissão do paciente, e também da avaliação diária, contribuiria para “a avaliação, difusão e prática do cuidado espiritual ao paciente” (CHAN et al, 2006, p. 26). Para uma interferência apropriada, o enfermeiro deve apresentar “atitude, comunicação e a decisão de intervir e, até mesmo, usar a oração como apoio espiritual ao paciente” (NARAYANASAMY, 2006, p. 15). É primordial que os profissionais de enfermagem identifiquem a real importância da espiritualidade e da fé, no cuidado dos pacientes e de seus familiares, visto que eles têm sido ignorados na literatura e carecem de atenção especial às suas necessidades (NARAYANASAMY, 2006).

Até as conjunturas extremas que acometem de maneira violenta a humanidade e os indivíduos conseguem ser diminuídas pelas crenças e pela religião, que disponibiliza as oportunidades para a manutenção da autoestima, de modo a colaborar com o equilíbrio e autoconhecimento dos seres humanos para sua continuidade de maneira harmoniosa (FALCÃO, 2001).

2.4.6.1 O olhar diferenciado

O cuidar na sociedade contemporânea é de suma importância para o desenvolvimento da prática dos profissionais de enfermagem, esse cuidar extrapola a prática cotidiana em que o enfermeiro é responsável somente pela execução de práticas médicas, passando a ser um responsável distinto, incumbido de um olhar diferenciado e crítico no exercício do dia a dia (BONELL, 1999).

“A Psiconeuroimunologia é o campo científico que pesquisa as ligações entre o cérebro, o desempenho e o sistema imunológico, bem como as implicações que estas ligações têm para a saúde física e a doença”. Sendo assim, os estressores psicossociais podem suavizar a eficiência do próprio sistema imunológico o que leva à ampliação de sintomas físicos (risco de uma doença) (GAUER, 2003).

O desenvolvimento de estudos relacionados a Psiconeuroimunologia permitem e ampliam o conhecimento das intervenções dos profissionais de enfermagem no sistema imunológico de pacientes oncológicos (AMORIM, 1999).

De acordo com Ader e outros (1991) a psiconeuroimunologia (PNI) “como um estudo da consciência psico, do sistema nervoso central neuro e da defesa do corpo contra infecções extensas ou de divisão celular aberrante imunologia”. Esta estuda a influência bidirecional do estado psicológico na função imune, que é contrastado pelos sistemas nervoso e endócrino (BLALOCK et al.,1989). O que tem munido dados substanciais que toleram a hipótese de stress-doença. Avaliação dessa relação tem muitas implicações para a prática em todas as fases da assistência primária, secundária e terciária.

A psiconeuroimunologia é uma ciência interdisciplinar, e para vivenciá-la e colocá-la em prática é preciso entender que não se cuida de forma global sem esta visão. Para interferir junto ao paciente nas inúmeras fases da doença, é preciso acreditar que a intervenção de enfermagem é de extraordinária importância para o sistema imunológico e estado emocional do cliente, desde que se procure a interdisciplinaridade (AMORIM, 1999).

O sistema imunológico é compreendido como uma “entidade de defesa notavelmente adaptável” (GAUER, 2003, p. 11). Pode originar enormes multiplicidades de células e moléculas habilitadas para distinguir e suprimir determinados microrganismos invasores. Existem duas divisões funcionais, o sistema imune inato e o adaptativo (GAUER, 2003).

O sistema imune inato se caracteriza por responder aos estímulos de maneira não específica, composto por neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monócitos, célula natural killer (NK), sistema complemento, proteínas de fase aguda e enzimas; e a segunda linha de defesa, caracterizada como imunidade adaptativa, é composta por linfócitos T e B e por imunoglobulinas. A resposta imune parece ser bem organizada, ocorrendo uma primeira ação do sistema imune inato e, em segunda instância, o mecanismo de atuação eficaz do sistema imune adaptativo (GAUER, 2003, p. 12).

A célula NK é a mais notória do sistema neuroimunoendócrino, junto com os hormônios neuropeptídios, e tolera influência dos fatores psicológicos que, por sua vez, comprometem fatores biológicos, ou seja, pacientes oncológicos e que não têm destrezas de enfrentamento em função do estresse, depressão e/ou ansiedade, possuem diminuição da sua atividade (LIPP, 1997)

Conseqüentemente, se o estresse possui interferência direta no sistema imunológico, as táticas que almejam minimizar o estresse terão efeitos positivos sobre o seu funcionamento. Para diminuir o estresse utiliza-se o *coping*, que se assinala como “mecanismo desenvolvido pelo indivíduo para enfrentar problema ou situações estressantes” (GUIDO, 2003, p. 47).

O *coping* objetiva o desencadeamento de respostas dirigidas para reduzir o estresse, “trata-se de um processo dinâmico, passível de avaliações e reavaliações que permitem à pessoa mudança de condutas e concepções para que ela possa enfrentar o estressor da forma mais adequada e efetiva possível” (BACHION, 1998, p. 33).

A quimioterapia tende a causar inúmeros efeitos adversos no paciente, dentre os quais, náuseas, vômito e perda do cabelo o que gera ansiedade, estresse e tem reflexo na parte psicológica do paciente. Ações comportamentais podem ser utilizadas para aliviar e confortar pacientes, de modo a reduzir esses sintomas de estresse e ansiedade (TRUFELLI, 2008)

Essas ações, usualmente empregadas como adjuvantes ao tratamento farmacológico, são realizadas principalmente pela equipe de enfermagem apta para esse fim e incluem: massagens terapêuticas, uso de compressas quentes ou frias, relaxamento, musicoterapia, evocação de imagens mentais, distração, entre outros (CAUDELL, 1996 p. 501).

Caudell (1996) preceitua ainda que os resultados do relaxamento no organismo podem ser naturalmente abarcados ao considerar que existe redução na atividade do sistema nervoso autônomo, e o responsável pelo controle das funções viscerais e homeostáticas essenciais à vida. O relaxamento é o opositor do estresse, que por

sua vez reforça a homeostase, abranda a angústia e a emotividade e, por conseguinte, leva à unificação dos elementos do organismo. O profissional de enfermagem, ao cuidar do paciente, oportuniza o despertar do paciente quanto ao conhecimento e percepção do funcionamento do seu corpo, resultando na eliminação dos efeitos causados pela tensão e fazendo com que ele se torne o protagonista de sua cura. (VASCONCELOS, 1984).

Outra prática conveniente para minimizar os impactos causados pelo câncer é a prática de Yoga (metodologia que enxerga o ser humano sobre perspectivas amplas, que abrangem os níveis físicos, social, mentais e espirituais). A Yoga tem sido amplamente difundida e avaliada como benéfica, tanto para indivíduos saudáveis como para indivíduos doentes (GHAROTE, 2000).

O Hatha-Yoga é uma vertente do Yoga que tem por objetivo desenvolver o potencial do corpo instituindo sua integração com a mente, atenuando, desta forma, problemas físicos e emocionais. Trata-se da ramificação do Yoga mais incentivada no Ocidente, cujo sistema é composto por posturas corporais, controle da respiração, inibição sensorial, concentração e meditação, além de diversas técnicas de limpeza orgânica (FEUERSTEIN, 2006). Sua prática é capaz de produzir decorrências revigorantes que propiciam aqueles que a praticam permanente estado de energia, serenidade, autoconfiança, equilíbrio físico e emocional, clareza mental e resistência à fadiga, substituindo ansiedades, fobias, conflitos e comportamentos neuróticos. Para alcançar essas sensações é necessário perceber cada momento da experiência, sem forçar o corpo além do limite confortável (DANUCALOV, 2006). Contudo, não obstante, o potencial elevado terapêutico e de promoção da saúde nos indivíduos, esta prática pode não alcançar efeitos similares positivos para os praticantes, como recomendado pelas tradições indianas e por muitas pesquisas científicas (BARROS, 2013).

A Hatha-Yoga é uma prática que funciona como eficiente ferramenta para o enfrentamento do câncer, pois permite e amplia: o autoconhecimento do paciente, sua autoestima, gestão de seu estresse e ansiedade e conseqüentemente a melhora no relacionamento com o mundo externo (BARROS, 2013).

Pacientes oncológicos necessitam de atenção sistematizada e humanizada, sendo primordial a prática de estratégias dos profissionais de saúde com o intuito de beneficiar a adaptação e a diminuição do impacto do estresse no equilíbrio

psicofisiológico durante o tratamento (VASCONCELOS, 1984). As pesquisas realizadas por (AMORIM et al 1999, PASSIGATTI et al, 2002; FERREIRA e AMORIM, 2004) que objetivam a avaliação dos efeitos da intervenção de Enfermagem-Relaxamento no sistema imunológico em pacientes oncológicos, possuem grande relevância, visto que corroboram para a prática de técnicas de relaxamento para o aumento da atividade das células *Natural Killer*, que por sua vez tendem a aumentar a proliferação linfocitária e conseqüentemente o aumento da imunoglobulina A. Tais ações funcionam também como eficazes estratégias de enfrentamento ao câncer; que motivam e mobilizam os pacientes para o auto cuidado; aumentando suas perspectivas e esperança; melhorando a qualidade de vida; e ainda fortalecendo o vínculo enfermeira-paciente (VASCONCELOS, 1984).

2.5 ESTUDO DA ARTE (CONCEITOS) RESILIÊNCIA

Resiliência originou-se no latim “*resiliens*” e possui como significado: recuar, saltar para trás, voltar, encolher-se, recuar. Já em inglês, “*resilient*” denota: capacidade de rápida recuperação, elasticidade, habilidade para retornar ao estado original após alguma enfermidade (LONGMAN, 1995)

Relacionada à aptidão de determinadas substâncias retornarem ao formato original, o que caracteriza a sua flexibilidade (LONGMAN, 1995).

No aspecto psicossocial, define-se resiliência como a aptidão do ser humano para responder a desafios e problemas, de modo a recuperar-se por meio das perspectivas positiva e otimista perante as pressões do mundo. Para isso, deve-se desenvolver o equilíbrio por intermédio da autoconfiança e autoproteção (FERREIRA, 1999).

Para a sociologia e psicologia, a resiliência é a capacidade do indivíduo ou grupo, combater situações adversas e manter o equilíbrio. Relacionada a inúmeros eventos negativos, como: problemas físicos, emocionais e/ou sociais (TAVARES, 2001).

Outra abordagem relacionada aos estudos da auto-estima e do autoconceito observa que o desenvolvimento da capacidade de resiliência nos sujeitos passa pela mobilização e ativação das suas capacidades de ser, estar, ter, poder e querer, ou seja, pela sua capacidade de auto-regulação e auto-estima. Ajudar as pessoas a descobrir as suas capacidades, aceitá-las e confirmá-las positiva e incondicionalmente é, em boa medida, a maneira de torná-las mais confiantes e resilientes para enfrentar a vida do dia-a-dia por mais adversa e difícil que se apresente (TAVARES, 2001, p. 12).

“Repetidas vezes a resiliência é acenada por processos que explicam a superação de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações” (YUNES, 2001, p. 23). O conceito de resiliência é tema demasiadamente discutido do ponto de vista teórico e metodológico, “dotando-se de abrangência e aplicabilidade em várias áreas de interesse da comunidade científica, representando um novo espaço de investigação” (YUNES, 2001, p. 23).

A resiliência originou-se da habilidade de superação de situações adversas e produzir um sentido novo à vida. As crenças dos familiares e dos pacientes contribuem para a resiliência, visto que tais crenças e pensamentos positivos determinarão as ações de todos perante o problema enfrentado (TAVARES, 2001).

De maneira geral, todos os seres humanos nascem capazes para a resiliência, uma vez que possuem a aptidão para desenvolver competências sociais, consciência crítica, senso de propósito e autonomia. Contudo, tal aptidão variara de acordo com o ambiente e as relações estabelecidas (WALSH, 2005).

Na assistência de Enfermagem em Oncologia, “a aplicação do conceito de resiliência institui possibilidades de reflexão, além da ampliação nos costumes corriqueiros do exercício assistencial e gerencial de enfermagem” (YUNES, 2001).

A abordagem da resiliência na enfermagem e em outras áreas do conhecimento, com foco na compreensão do estabelecimento da relação entre fatores de risco/vulnerabilidade e fatores de proteção inerentes ao indivíduo e ao ambiente, ante o enfrentamento das situações do dia-a-dia (SÓRIA, 2006).

Na oncologia a resiliência é um tema relevante, pois o câncer, qualquer que seja sua etiologia, é reconhecido como uma doença crônico-degenerativa que atinge milhões de pessoas no mundo, independente de classe social, cultura ou religião. O impacto do diagnóstico de câncer é em geral aterrador, pois apesar dos avanços terapêuticos permitindo uma melhoria na taxa de sobrevivência e qualidade de vida, permanece o estigma de doença dolorosa, incapacitante, mutilante e mortal. Assim, apesar dos recentes avanços no diagnóstico e tratamento da doença, que asseguram a remissão e possível cura, o câncer permanece como uma doença relacionada com a desesperança, dor, medo e morte (CAMARGO, 2000, p. 22).

O diagnóstico e o tratamento do câncer, comumente determinam perturbações psicológicas resultantes dos próprios sintomas da doença, assim como das percepções que o paciente e sua família têm da doença e do seu estigma de morte. (CAMARGO, 2000).

Segundo Lesko, 1997, de maneira geral pacientes com câncer têm medos em comum como: a morte; a dependência do companheiro ou companheira, da família e do médico; a mudança na imagem corporal com a desfiguração, às vezes, resultando na perda ou na mudança da função sexual; incapacidades que interferem na realização do trabalho ou lazer; ruptura das relações interpessoais e desconforto ou dor nos estágios avançados.

Analisando-se a singularidade das pessoas, as formas de expressão frente ao diagnóstico de câncer, bem como os recursos disponíveis para o tratamento, algumas características podem ser percebidas. Um período inicial de incredulidade, negação ou desespero é comum, e geralmente dura de dois a cinco dias. A segunda fase, na qual ocorre disforia, dura uma ou duas semanas, e caracteriza-se por ansiedade, depressão, anorexia, insônia e irritabilidade. Nesta fase, a habilidade para se concentrar e realizar as atividades da vida diária está prejudicada. A adaptação usualmente ocorre várias semanas após, quando o paciente começa a se integrar com novas informações, confronta a realidade, encontra razões para otimismo e reassume suas atividades (MASSIE, 1991, p. 13).

Em função das mudanças provocadas pelo tratamento da doença, tanto paciente como familiares vivenciam diversos momentos até a aceitação do problema e posteriormente a busca pela cura, tal fase é denominada como enfrentamento. “Enfrentamento é definido como esforços comportamentais e cognitivos do indivíduo voltados para manejar um acontecimento estressante, fazendo-o compreender quais são os fatores que irão influenciar o resultado final do processo” (FOLKMAN, 2011, p. 453).

Ponderando que o paciente e sua família formam um sistema interligado em que, reciprocamente, “são influenciados e se influenciam diante do adoecimento”, a maneira reservada como cada paciente reage perante a ocorrência dependerá, ao mesmo tempo, da maneira como o grupo familiar se posiciona frente ao caso. Através desse ponto de vista, a maneira como a doença será enfrentada, e, por conseguinte, a resiliência, estará conexas aos significados e às crenças conferidas, por eles, à doença e ao adoecimento. Compete lembrar que o “sistema de crenças da família é considerado coração e alma da resiliência” (WALSH, 2005, p. 50).

O tratamento oncológico deriva em sua grande maioria em baixa autoestima, impotência, desesperança do paciente e até, depressão, sendo um período marcado por perdas que, aliado aos sintomas atribuídos à doença, geram sofrimento e incertezas, tanto em relação ao presente, quanto ao futuro. Em contraponto a essa percepção, a expectativa por dias melhores, à confiança no sucesso do tratamento e

na própria coragem, a expectativa da cura e a superação das dificuldades de cada etapa fortalecem e animam os pacientes e sua família, reafirmando a confiança na conclusão do tratamento e retorno vida cotidiana (WALSH, 2005).

A diagnose de uma doença como a leucemia pode desencadear respostas emocionais, em sua grande maioria, negativas, nos pacientes, familiares e amigos. Negação, depressão, desespero e medo são respostas comuns que, por vezes, interferem na resposta aos esquemas médicos de tratamento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015).

As dúvidas sobre a doença, o medo do desconhecido e as incertezas sobre o futuro são temas que os pacientes devem discutir profunda e frequentemente com suas famílias, médicos e enfermeiros. O estresse emocional pode ser agravado por dificuldades no trabalho, estudos ou na interação com a família e amigos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015. p. 11).

Os profissionais da saúde devem dar abrangentes explicações, de modo a abordar, inclusive, perspectivas de remissão e planos de tratamento. Tais atitudes podem trazer alívios emocionais para aqueles que vivenciam esse momento. O enfermeiro pode ainda auxiliar o paciente a focar-se no tratamento que tem pela frente e nas perspectivas de recuperação (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015).

Os familiares e amigos podem ter dúvidas a respeito da quimioterapia e dos métodos alternativos de tratamento. Por isso a equipe de saúde, incluindo o profissional de enfermagem, deve estar apto a conversar claramente com o paciente para sanar todas as suas dúvidas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015).

Já os profissionais de saúde como psicólogos ou psico-oncologistas, além de compreenderem a complexidade das emoções e as necessidades especiais daqueles que convivem com a doença, dispõem de recursos e técnicas para lidar com elas de forma eficaz (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015, p. 13).

Vale ressaltar que os profissionais de saúde também podem apresentar respostas emocionais importantes diante de “insucessos terapêuticos, de pacientes ou familiares agressivos, de toda a carga de expectativas, ansiedades e tensões que acompanham todas as etapas das doenças onco-hematológicas”, que vão do diagnóstico à cura ou à morte. É importante, e natural, que estes profissionais também recebam apoio necessário para lidar com a situação de maneira satisfatória para todos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA, 2015, p. 22).

2.6 RESILIÊNCIA E CÂNCER

O câncer origina-se nos genes de uma célula única, no entanto, eles têm a capacidade de proliferação, de modo à forma uma massa tumoral e, sem o devido controle, liberam células à distância, o que pode causar metástases. Tais células podem dividir-se de maneira rápida e formar tumores/neoplasias malignas, forma mais agressiva da doença. Ao contrário das neoplasias benignas que se multiplicam de maneira lenta e não invasiva, as neoplasias malignas concorrem com os tecidos vizinhos por nutrientes e lançam células cancerosas a distantes partes do corpo humano (CARVALHO, 1994).

As doenças oncológicas desenvolvem-se em quaisquer partes do corpo, mas determinados órgãos tem frequências maiores. A sua classificação variará de acordo com tipo de tecido afetado, características das células, tamanho e localização do tumor, definirão a gravidade e o estágio da doença. O tratamento se dará por meio de uma ou diversas modalidades, mas a principal ainda é a cirurgia, que pode ser empregada com quimioterapia e/ou radioterapia. Diversos são os fatores para que o câncer se desenvolva, dentre eles a genética, contágios por vírus, fatores hormonais, uso de cigarro e/ou álcool, ingestão de substância cancerígenas, etc. (GASPAR, 2010, p. 11).

Estudos relacionados ao estresse e psiconeuroimunologia advertem que aspectos psicológicos, sociais, psíquicos e de personalidade, também contribuem para o desencadeamento do câncer. Tais estudos evidenciam que existe uma interrelação complexa entre estas variáveis que determinam o potencial da doença e consequentemente os tipos de câncer (NEME, 2003).

Ao ser diagnosticado com câncer o paciente passa a sofrer de diversas maneiras, desde as alterações relacionadas à sua rotina, lazer, trabalho, integridade psicológica e física. Essa doença traz consigo inúmeras consequências para aqueles que são diagnosticados e para seus familiares, pois ela acarretará significativas mudanças, dentre elas, a interrupção da rotina, submeter-se a profissionais desconhecidos, passar por tratamentos invasivos e dolorosos, etc. Ao receber o diagnóstico de câncer alguns pacientes entram em crise, passando a vivenciar angústias e aflições. “Vivenciar um câncer é ser posto frente a uma diversidade de fatores de risco, relacionados tanto à vida social quanto ao próprio processo de desenvolvimento” (TELES, 2005, p. 12).

Nas diferentes fases da doença (diagnósticos, tratamentos, recidivas), o câncer traz diferentes mudanças, mobilizando recursos para melhorar a qualidade de vida e

dificuldades originadas pela doença. Dentre os recursos para amenizar os impactos causados, existem estudos relacionados a espiritualidade, que é um fator de suporte e ressignificação do sofrimento diante do triste cenário (ROSSI, 2012).

2.7 ONCOLOGIA E ESPIRITUALIDADE

As discussões acerca da espiritualidade/religiosidade no ambiente científico, com foco especial ao ambiente acadêmico, no qual, em sua grande maioria, existe um movimento contrário a questões religiosas e espirituais, onde o aluno é direcionado somente a teoria sobre a sua área de atuação em detrimento da conexão dos aspectos teóricos com os espirituais, inibindo assim para o amplo desenvolvimento do profissional que está em formação (ANCONA-LOPES, 2005).

Mesmo havendo tais distorções, alguns estudiosos propõe a implementação da discussão do tema religiosidade/espiritualidade na área da saúde. Contudo, os mesmos estudiosos alertam para a importância da delimitação dos termos espiritualidade e religiosidade. De maneira geral costuma-se identificar religiosidade e espiritualidade como sinônimos, mas, existem diferenças entre eles. A religiosidade abarca conjunto de práticas, crenças e linguagens embasadas por símbolos, rituais e cerimônias de vida e morte. Enquanto a espiritualidade é algo mais abrangente e universal, não limitada a uma denominação religiosa, relacionada a valores íntimos, sentido da vida, reflexão pessoal e experiências vivenciadas. Com isso, estimula os seres humanos a superarem momentos difíceis e a busca por um caminho melhor (SAAD, 1996).

Falcão (200?) assinala algumas significações para espiritualidade, como:

1. A caracterização da espiritualidade como uma precisão psicológica, que envolve a busca pelo sentido para a existência, propiciando o entusiasmo que guia o lutar e o amar em relação a algo;
2. A espiritualidade está também direcionada ao “porquê último da vida”; - é produto do aprendizado sobre o que a vida nos ensina;
3. A espiritualidade adulta que implica no conhecimento e na aceitação dos próprios limites e possibilidades de forma humilde e corajosa.

Rizzardi (2010) investiga o papel e mecanismos da espiritualidade religiosidade para enfrentar dores crônicas. Por meio de evidências constatadas por alterações fisiológicas e neurais, foi possível constatar que a religiosidade se destaca como uma estratégia para enfrentar e reduzir a dor, com ênfase para os pacientes que possuem maior espiritualidade e que, por conseguinte consegue lidar melhor com as dores.

Já Conboy (2007) estuda a relação da oncologia e a espiritualidade, segundo ele, estes estudos objetivam avaliar se o bem-estar espiritual dos enfermos oncológicos de alguma forma influenciam seu bem-estar de modo geral, ou seja, associa a influência da espiritualidade de maneira positiva, a qual gera qualidade e conforto aos enfermos.

Além de pesquisas que acendem a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde, comprovam-se estudos que confirmam a importância de se proporcionar o cuidado espiritual para os pacientes, considerando-se suas crenças espirituais e valores, bem como a necessidade de investigação de seu histórico e de suas necessidades espirituais, sobretudo quando o foco direciona-se a pacientes sem perspectivas de cura, nos quais tal tipo de cuidado desempenha um enorme impacto nas deliberações referentes à própria vida. Ainda neste contexto, destacam-se planos que procuram abranger a espiritualidade nos currículos acadêmicos relacionados à saúde (medicina, enfermagem, etc.), a fim de se ensinar competências em espiritualidade e saúde. Tratam-se de alterações de paradigmas objetivando a sensibilização dos profissionais de saúde, para que estes possam compreender o ser humano como um todo, envolvendo as dimensões biopsicossociais e espirituais (PUCHALSKI, 2013).

A espiritualidade é primordial para o enfrentamento no adoecimento por câncer, desde o diagnóstico até a fase final do tratamento. Por meio da espiritualidade há influência positiva para que o paciente enfrente os problemas. A intervenção espiritual no paciente tem efetividade semelhante à intervenção medicamentosa. Contudo, em algumas situações as dores espirituais são muito mais danosas que as dores físicas. Por isso, é fundamental que o cuidado espiritual também esteja presente no tratamento de pacientes oncológicos, além da inclusão de profissional especializado neste tipo de cuidado, com o intuito de promover estratégias para lidar com a dor espiritual e conseqüentemente a qualidade de vida (PUCHALSKI, 2013).

O câncer é considerado como doença crônica e prenúncio de término da vida, trazendo consigo diversas modificações sociais, físicas, espirituais, emocionais, a qual requer amplo cuidado e atenção para que todas essas dimensões possam ser tratadas de maneira correta (PUCHALSKI, 2013).

Guerrero e outros (2011), comprovaram, pelos seus estudos, que a espiritualidade é uma das maneiras mais efetivas no enfrentamento do câncer, que possibilita que o enfermo atribua significado ao processo saúde-doença e tenha forças para lutar por sua sobrevivência. Fé e apego amenizam o sofrimento, por conferir senso de controle e manutenção da esperança.

Travado e outros (2010) estudaram os efeitos da espiritualidade nas implicações psicossociais de pacientes com câncer na Europa. Por meio destes estudos, diversos pacientes com diagnóstico de câncer a partir de seis meses foram avaliados e utilizaram instrumentos como: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), coping strategies (Mini Mental Adjustment to Cancer – Mini Mac) e o Cancer Worries Inventory (CWI) para identificar as apreensões relacionadas à doença. Grande parte dos que participaram, relatou receber apoio de sua espiritualidade e fé frente à doença. Identificou-se, portanto, que a espiritualidade se correlaciona com o “espírito de luta, fatalismo, comportamento de evitar e estratégias de enfrentamento, desempenhando um papel protetor frente morbididades, especialmente quanto à depressão” (TRAVADO et al, 2010, p. 221).

Em paralelo a espiritualidade para o enfrentamento do câncer, também existem estudos que se preocupam com a dor espiritual de pacientes oncológicos em estado avançado e o choque em sua qualidade de vida.

Delgado-Guay et al. (2011) investigaram a prevalência e intensidade da espiritualidade, religiosidade e dor espiritual, e como a dor espiritual estava associada com a expressão de sintomas, enfrentamento e qualidade de vida espiritual. Participaram do estudo cem pacientes oncológicos em estado avançado da doença atendidos no M.D. Anderson Cancer Center em Houston, EUA. Utilizaram diversas escalas e instrumentos para a coleta de dados (ESAS, Brief Cope, HADS, Systems of belief Inventory – 15R e Facit-Sp-Ex). A maioria dos participantes se declarou espiritualizados e religiosos. A existência de dor espiritual foi relatada por 44% da amostra. A ocorrência de dor espiritual associou-se com baixa percepção da religiosidade e qualidade de vida espiritual (DELGADO-GUAY et al., 2011, p. 23).

Elias (2001) desenvolveu estudo pelo qual agregou técnicas de relaxamento e visualização de imagens mentais com o conceito de espiritualidade para ressignificar a dor simbólica da morte (definida pela autora como dor psíquica e dor espiritual) de

pacientes terminais. Através de tal técnica, foi possível observar a associação entre relaxamento mental e a visualização de imagens mentais, revelou-se com isso como uma maneira de “intervenção psicoterapêutica eficaz para ressignificar a Dor simbólica da morte”, de modo a proporcionar a qualidade de vida no processo de morrer e morte serena, e ainda favorecer modificações de pensamentos e atitudes em relação às experiências atuais de sofrimento. Posteriormente Elias (2005) inventou um curso de Capacitação com uma intervenção designada como RIME (Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade), para profissionais da saúde. Foram analisadas as experiências dos profissionais e as vivências dos pacientes na ressignificação de seu sofrimento por meio de tal intervenção. Por meio de análise qualitativa e quantitativa dos dados coletados, concluiu-se que a intervenção RIME gerou qualidade de vida na etapa da terminalidade, bem como serenidade e dignidade frente à morte.

Tais estudos exaltam a importância do planejamento da assistência para o manejo adequado da dor espiritual do paciente. O constructo acerca da dor espiritual e suas repercussões abrangem o conceito de dor total de Saunders, formulado na década de sessenta, considerada a pioneira nos princípios dos cuidados paliativos, o qual pode envolver: - o medo da morte; - a perda de relacionamentos afetivos e familiares; - a perda do propósito em viver e a perda de controle sob a vida. Esta questão chama a atenção para a necessidade de implantação de serviços de cuidados paliativos na assistência em saúde, para o manejo e a amenização do sofrimento de pacientes com doenças que ameaçam a vida (ESSLINGER, 2004, p. 59).

2.7.1 A motivação para a vida através da espiritualidade

Ainda que vivenciar o adoecimento oncológico, seja uma experiência impactante e atribulada nas fases da doença, também propicia a busca e o desenvolvimento de diferentes recursos de enfrentamento, muito relacionados a aspectos espirituais e existenciais (NEME, 2005). Forgerini (2010) estudou a vivência de mulheres sobreviventes ao câncer de mama que estavam fora de tratamento de 5 a 35 anos, e constatou que, embora as participantes tenham vivenciado longa trajetória de perdas e sofrimento devido ao adoecimento e tratamento do câncer, mostravam-se existencialmente saudáveis. Essas mulheres aceitaram e se envolveram ativamente com o tratamento e a busca da cura, se beneficiando do apoio social e familiar, da fé e buscando significados para sua experiência. Ao enfrentar a doença e buscando

suas vivências, e compreendendo a doença as mulheres puderam se abrir às novas possibilidades tendo um novo sentido para a vida.

Frankl (1997), criador da Logoterapia, ou “Terapia pelo sentido de vida” esclarece que o sentido da vida envolve o encontro de completo sentido de valores e propósito nas coisas vivenciadas, de modo que esse sentido de vida se propaga por meio de experiências e atitudes de valor e do pensamento criativo. Frente ao adoecimento por câncer, o paciente tem a utilização de diferentes recursos de enfrentamento, a espiritualidade se evidencia como uma dimensão que propicia aos pacientes o desenvolvimento da esperança, uma melhor aceitação da doença e um sentido para a vida estabelecendo um melhor amadurecimento pessoal, integridade e um melhor enfrentamento da doença vivenciada (LIBERATO, 2008).

2.8 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO

Profissionais de enfermagem que atuam na oncologia possuem conhecimentos técnico-científico complexos, específicos e essenciais para a devida prática. O cuidado nesse campo requer tempo e dedicação, além da questão ética e emocional, o aspecto cognitivo, a percepção, o conhecimento e a intuição também são requeridos (FONTES, 2008).

Tem que conhecer profundamente a doença oncológica e conhecer profundamente as particularidades de um doente oncológico. Por exemplo, os cateteres. É um cuidado muito específico (FONTES, 2008, p. 21).

O profissional de enfermagem é caracterizado como aquele que cuida, contudo, no mundo contemporâneo, tanto o descaso como o descuido são muito mais evidenciados, ou seja, a completa descaracterização da função primordial do enfermeiro, induzido principalmente pelo despreparo no ambiente acadêmico e posteriormente pela falta de incentivo no ambiente profissional. Tais mudanças também ocorreram em função das alterações das relações dos homens com a morte ao longo dos tempos (BARROS, 2009).

A literatura demonstra que na Idade Média a morte era entendida como algo natural, que ocorria no domicílio e entre os familiares, com enorme aporte religioso, e consequência de vontade divina. Contudo, em meados do século XX, a morte deixou de ser encarada como algo que não se tem controle e passou-se a lutar contra a

morte, fato corroborado pelos avanços tecnológicos em detrimento das crenças religiosas (SHIMIZU, 2007). Após 1930, cresceu o número de óbitos em hospitais, e atualmente este é o local em que a morte mais acontece, e, por conseguinte, próximo do trabalho dos profissionais de enfermagem (PEREIRA et al, 2008).

As relações trabalhistas tendem a valorizar a produtividade humana, nessas relações observa-se a preocupação do profissional de enfermagem em lidar, constantemente, com a morte e as diversas concepções religiosas que se relacionam a ela. Nos ambientes de tratamento oncológico, compreender a religiosidade no cuidar do paciente que irá morrer passa a ser algo relevante. Por outro lado, é a proximidade da falência dos órgãos e o anseio humano de obter imortalidade que acentuam a ponderação sobre o vigente comparecimento da negação da morte nos discursos dos enfermeiros no mundo contemporâneo, despontando o mais remoto paradoxo da existência humana: o medo da morte (LIMA, 2008).

Os temas que se relacionam a morte e da religiosidade têm sido exploradas de maneira insuficiente pelos alunos, profissionais e instituições de ensino, e isso tende a se refletir na inquietação de que “talvez o maior obstáculo a enfrentar quando se procura compreender a morte seja o fato de que é impossível para o inconsciente imaginar um fim para sua própria vida” (KUBLER-ROSS, 1998, p. 33) e, para isso, os profissionais de enfermagem precisam abarcar o simbolismo e o significado do que entendem como morte em sua rotina profissional (JODELET, 2001).

A academia não estimula a discussão sobre o tema espiritualidade, ou seja, sua grade curricular não contempla essa temática e conseqüentemente não prepara os enfermeiros para lidar com a questão religiosa/espiritual entre os pacientes, neste caso em específico, pacientes oncológicos em estado terminal. Sendo assim, esse despreparo destes profissionais, desencadeia as falhas observadas na assistência praticada (LIMA, 2008).

De outro modo, é fato que o trabalho de lidar com pacientes que se encontram em fase terminal é demasiadamente árdua, visto que revela a consciência do próprio enfermeiro, que passa a perceber que seus entes queridos também morrerão um dia e que diante de tal situação, ele é inútil. Apesar disso, há muito o que aprender com tais pacientes, pois eles ensinam que a vida deve ser vivida de modo pleno, pois cada dia é único e o tempo presente é a única certeza que existe (JODELET, 2001).

Por isso é relevante o incentivo a prática espiritual, para o autor, os profissionais de enfermagem podem contribuir nesse processo, por meio de orações e preces junto aos familiares (SALGADO, 2007).

É imprescindível que os enfermeiros ajustem-se a assistência multidisciplinar, em que não existam vaidades, mas a compreensão da finitude e dificuldades do paciente, de modo a interpretar suas respectivas consciências e, por conseguinte, transformar a situação apresentada. Para isso, o enfermeiro deve buscar o conhecimento técnico, atualizações e especializações nas grades curriculares das instituições de ensino, e em paralelo adestrar-se na lida com a esfera dos seres humanos diante das iniciativas que estimulem à humanização das práticas da saúde (KUBLER-ROSS, 1998).

A atuação do enfermeiro no planejamento e assistência ao paciente oncológico é primordial para atender as demandas neste momento difícil do enfermo e de seus familiares. Contudo, não existe receita pronta ou uma metodologia a ser seguida, visto que, cada paciente é único e possui suas individualidades, por isso o acompanhamento e tratamento realizado pelos profissionais de enfermagem devem ser individualizados (SALGADO, 2007).

E, ao individualizar-se o atendimento e atentar-se para a forma particular de enfrentamento à doença, “os determinantes sociais devem ser considerados porque os estilos de vida individual e familiar, na maioria das vezes, não correspondem a uma livre escolha dos indivíduos e famílias” (CARVALHO, 2008, p. 13)

Dessa forma, é essencial que a relação profissional-paciente na adesão do tratamento oncológico seja de parceria e reciprocidade. Os enfermeiros devem entender e serem entendidos, partilhar com os entes familiares e o próprio paciente o momento vivenciado como uma troca recíproca (CARVALHO, 2008, p. 13)

Lidar com a subjetividade da prática da saúde tem sido um dos aspectos que merecem destaque ao avaliar serviços de saúde, visto que, os profissionais atuantes nesta área são, em sua grande maioria, despreparados e imaturos. Existe também dificuldades relacionadas à doença e ao estigma trazido pelo itinerário terapêutico vivenciado por familiares e enfermo (OLIVEIRA, 2007, p. 75)

A comunicação deve existir nesse relacionamento de modo a favorecer a interação social e conseqüentemente contribuir para ampliar a colaboração e compreensão no

tratamento, por ser um importante instrumento para a construção dessa representação social balizada pela promoção do grupo social (JODELET, 2002).

As representações sociais relacionadas à morte revelam o caráter da religiosidade e do simbolismo no cuidado dos pacientes. De outro modo, também se reflete sobre as considerações que produzem os comportamentos, de maneira a admitir ao profissional de enfermagem a elaboração de mecanismos para o devido enfrentamento, despontando receios e crenças ao implantar a religiosidade como ferramenta terapêutica em benfeitoria tanto daquele que cuida como daquele que é cuidado (SANTOS, 2010).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O medo e a angústia do ser humano perante a finitude da vida tornam-no vulnerável quando não há compreensão do universo. A busca do conhecimento interior através das práticas religiosas e espirituais contribuem para a evolução desse ser biopsicossocial. Não que a religião por si só seja responsável por tudo, mas esta pode contribuir para a minimização e entendimento dos momentos de sofrimento. A fé e a espiritualidade auxiliam no processo de aceitação e ressignificação dos aspectos de vida e morte.

Os pacientes oncológicos de maneira geral requerem atenção humanizada e sistematizada, devendo haver metodologias adequadas dos profissionais de saúde com o intuito de reduzir ao máximo os impactos causados pela doença e manter o equilíbrio psicofisiológico dos pacientes ao longo de toda a terapia.

O enfermeiro deve conhecer e estar apto para lidar com a questão espiritual dos pacientes e seus familiares, de modo a reconhecer suas limitações espirituais e o cuidado oferecido aos pacientes e familiares.

As equipes de enfermagem responsáveis pelos pacientes e familiares que prestam atendimento, devem fazê-lo de modo a entender o cuidado como ato de aporte amplo, que deve ser realizado com zelo, apoio emocional, apoio espiritual, elucidação de valores. Deve também entender sobre as questões relacionadas a finitude da vida, de modo a estimular a paz interior e a diminuição da ansiedade daqueles que vivenciam este momento.

A resiliência que é a capacidade de recuperar-se em situações difíceis é avaliada como uma das características mais importantes e interessantes dos seres humanos. Algumas pessoas desenvolvem mais essa capacidade e outras menos, no entanto, todos são capazes se forem motivados e estimulados a isso. Pois a crença de uma vida melhor sempre será mais benéfica que a crença dos piores cenários. Dentre as capacidades a serem desenvolvidas, encontram-se:

O enfrentamento da situação, lidar com o momento de maneira saudável, sem se vitimar ou culpar, mas sim aceitar a situação e tentar encontrar alternativas para superá-la.

Sentir-se otimista, ampliar a autoconfiança, a energia positiva, cercar-se de pessoas boas e felizes, pois a positividade é uma das principais atitudes das pessoas resilientes.

Encontrar-se consigo mesmo, não aceitar a derrota, mas se motivar para enxergar a vida com um olhar diferenciado, não permitir que a tristeza se espalhe, mas que a alegria predomine.

Não se mimar ou se auto boicotar, crer que não se é tão frágil e delicado, que é capaz de manter firme diante dos obstáculos do dia a dia. Saber lidar com as adversidades e encara-las como necessárias para seu próprio aperfeiçoamento pessoal e espiritual.

Não viver no passado, as situações ruins devem permanecer no passado, as lições aprendidas devem ser vividas, mas as más lembranças não devem conservar-se.

Crer que a cada dia é possível tornar-se mais fortalecido, sempre que as pessoas enfrentam contratempos e oposições, elas tornam-se mais fortes.

Adaptar-se as mudanças, elas sempre contribuem para novas e grandes oportunidades, não se acomodar em determinadas zonas de conforto, mas ter a esperança de que o melhor sempre está por vir.

A exploração dos temas fé, religiosidade, finitude do ser, etc. permitem maior entendimento e ampliam a capacidade para a superação. As crenças religiosas tornam-se reconfortantes em situações angustiantes e contribuem beneficentemente para o tratamento.

As terapias alternativas, cuidados paliativos, técnicas de relaxamento, intervenções de yoga, etc. também são alternativas viáveis e aplicáveis em tais conjecturas. Pois contribuem para a diminuição do estresse e ansiedade dos pacientes oncológicos. Contudo, foi possível observar que este tema ainda é escasso na literatura e carece de maiores estudos e disseminação.

A vivência e o estímulo da fé/religiosidade no ambiente hospitalar são de suma importância para todos os envolvidos, tanto os pacientes, familiares, enfermeiros como os demais colaboradores da área da saúde, pois o conforto espiritual como auxílio para o entendimento das dores experimentadas no âmbito clínico fortalecem

e enriquecem as relações interpessoais e as relações dos seres com a divindade que os conforta.

Outro ponto relevante abordado, é a participação efetiva dos pacientes no processo de cura, as atitudes proativas destes pacientes, fornece-lhes o fortalecimento para o enfrentamento deste momento.

Este trabalho de conclusão de curso buscou através da revisão bibliográfica identificar todas as possibilidades de entendimento do câncer como doença e do papel do enfermeiro como parceiro e motivador ao longo dessa jornada. Optou-se pela leucemia pois esta possui como particularidade alguns pacientes acometidos terão que conviver com ela para o resto da vida. Ou seja, além de tomar a medicação sua resiliência se dará por longo período. Constatou-se ainda que motivar a crença espiritual em pacientes em tratamento contribui positivamente no enfrentamento desta doença.

Além de todo o conhecimento adquirido após a leitura de vários estudos sobre a leucemia, foi possível entender o quão necessário e importante é olharmos para dentro de nós mesmos e reconhecermos como seres vulneráveis e uma vez que tenhamos essa consciência, passarmos a entender e valorar a vida e aqueles com os quais convivemos. Buscando a nossa evolução independente do enfrentamento para que estejamos preparados para tal situação.

Com este estudo sugere-se ainda a inclusão da temática no perfil curricular de graduação em enfermagem. Visto que a abordagem deste tema pode/deve nortear a prática dos enfermeiros, proporcionando a aprendizagem do autocuidado do enfermeiro, minimizando os riscos das doenças desencadeadas pelo próprio ambiente de trabalho.

Observa-se ainda as representações sociais dos profissionais de enfermagem, sobre a religiosidade/espiritualidade no cuidado com o paciente em estado terminal, como de suma importância, e que carecem de maior compreensão por parte de todos os envolvidos na rotina profissional, pois o enfermeiro deve desempenhar o papel de indutor da análise da realidade vivenciada por pacientes e familiares, na retomada de consciência e conseqüentemente na mudança de atitude de todos aqueles abrangidos por esta situação.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, Maria H. **A Enfermagem e a Psiconeuroimunologia no Câncer de Mama**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery UFRJ, 1999.
- ANCONA-LOPEZ, M. **A espiritualidade e os psicólogos**. In: Mauro Martins AmatuZZi (Org). Psicologia e espiritualidade. São Paulo: Paulus, 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LEUCEMIA. **Leucemia**. Disponível em: <http://www.abrale.org.br/pagina/leucemia-promielocitica-aguda-lpa> Acesso em: 20 abr. 2015.
- BACHION, Marcos. **Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem**. Rev Min Enferm. 1998, v. 2 n. 1, p.33-9.
- BALDACCHINO, Drori. **Competências de enfermagem para o cuidado espiritual**. J Clin Nurs. 2006, v. 15 n. 7, p. 885-96.
- BARRETO, Rabar. **As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem**. Revista eletrônica de enfermagem 2008, v.10, n. 1, p. 110-123. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10> Acesso em: 10 mai. 2015.
- BARROS, Noleu. **Yoga e promoção de saúde**. Cien Saúde Colet 2013.
- BERNARDES, Agaman. **O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas**. Psicol: Teoria Pesquisa. 2005, v.21, n. 3, p. 263-9.
- BOFF, Leonardo. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.
- BONASSA Emanuel. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- BONELL, Andre, **Oncologia**. São Paulo: Sixtante. 1999.
- BRASIL. **O câncer e seus desdobramentos**. Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/03_01.html Acesso em: 13 mai. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Dados estatístico câncer no Brasil**. 2005, p. 22. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/> Acesso em: 12 mai. 2015.
- CAMARGO, Tiago. **O existir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger**. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

CARVALHO, Max. **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Editorial Psy II, 2008.

CARVALHO, Max. **Oncologia**. Campinas: Editorial Psy II, 1994.

CAUDELL, Karan. **Psychoneuroimmunology and innovative behavioral interventions in patients with leukemia**. *Oncol Nurs Forum*. 1996, v. 23, n.3, p. 493-501.

CENTRO DE COMBATE AO CANCER. **O que é o câncer?** 2015. Disponível em: <http://www.cccancer.net/site/> Acesso em 10 mar. 2015.

CHAN, Mefe. **Investigando percepções espirituais de cuidados e padrões de prática em Hong Kong enfermeiras: resultados de uma análise de cluster**. *Enfermeira Educação Hoje*. 2006, v. 26, n. 2, p. 139-50 .

CONBOY, Eduard. **Cancer e os enfermeiros**. Rio de Janeiro: Artes, 2007

DANUCALOV, Mad, Simões RS. **Neurofisiologia da meditação**. São Paulo: Phorte; 2006.

ELIAS, André. **Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na resignificação da dor simbólica da morte de pacientes terminais**. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Ciências Médicas, 2001.

FALCÃO, Martins. **Leucemia linfóide aguda do adulto**. In: Prado CF, Ramos AI, Valle RJ. *Atualização terapêutica*. 20 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p.661-6.

FEUERSTEIN, Gerald. **A tradição do Yoga: história, literatura, filosofia e prática**. 5ª Edição. São Paulo: Pensamento; 2006.

FERREIRA, Abantes. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

FERREL, Coyle N. **The nature of suffering and the goals of nursing**. *Oncology Nursing Forum*. 2008, v. 35, n. 2, p. 241-7.

FOLKMAN, Sebastião. **Stress, Health, and Coping: Synthesis, Commentary, and future directions**. In: _____. *The Oxford Hand Book of Stress, health and coping*. New York, NY: Oxford University Press; 2011. p. 453-62.

FONTES, Cas. **A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica**. *Acta Paula Enfermagem*. 2008, v. 21, n. 1, p. 7783.

FORGERINI, Matos. **Sobreviver ao câncer de mama: vivências de mulheres fora de tratamento e o fenômeno da resiliência**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista (UNESP), Bauru, 2010.

GASPAR, Kalio. **Psicologia hospitalar e a oncologia**. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org). Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Cengage Learning, 2010, p. 79-126.

GAUER, Geraldo. **Psiconeuroimunologia**. In: Alfredo Cataldo Neto; Gabriel José Chittó Gauer; Nina Rosa Furtado. Psiquiatria para estudantes de medicina. 1ª edição. Porto Alegre: Edipucrs, 2003.

GHAROTE, Manoel. **Técnicas de Yoga**. Guarulhos: Phorte; 2000.

GUERRERO, Gustavo. **Relação entre espiritualidade e câncer**: perspectiva do paciente. Revista Brasileira de Enfermagem. 2011, v. 64, n. 1, p. 53-9.

GUIDO, Laci. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica** [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Leucemia**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/definicao> o Acesso em: 12 abr. 2015.

JODELET, Denise. **Representações sociais: um domínio em expansão**. As representações sociais. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2001. p. 17- 44.

JUNG, Carl. G. **Obras completas**. Petrópolis: Editora Velozes, 1986.

KUBLER-ROSS, Ewald. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins fontes, 1998.

LACOG - LANCET ONCOLOGY COMMISSION – **O câncer**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2002.

LESKO, Lopes. **Psychologic issues**. In: De Vita Jr VT, Hellman S, Rosenberg SA, editores. Cancer: principles & practice of oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Ravewn; 1997.

LIBERATO, Ricardo. **Espiritualidade no enfrentamento do câncer**. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus, 2008, p. 414 – 431.

LILIENFELD, Amorim. **Lilienfeld DE. Foundations of epidemiology**. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1980.

LIMA, João. **Enfrentamentos**. São Paulo: Editora Velozes, 2008.

LIPP, Mender. **Relaxamento para todos: controle o seu stress**. 5ª Edição. Campinas: Papyrus Editora, 1997.

LONGMAN. **Dictionary of contemporary English**. 3rd ed. Harlow: Longman;1995.

MAFTUM, Mateus. **O cuidado de enfermagem em face do reconhecimento da crença e/ou religião do paciente: percepções de estudantes de graduação**. Online Braz J Nurs (Online). 2008, v. 7, n. 2.

MASSIE, Mniquel. **Psychiatric complications in cancer patient**. In: Holleb AI, Fink DJ, Murphy GP, American Cancer Society, editors. American Cancer Society textbook of clinical oncology. Atlanta: American Cancer Society; 1991. p.576-86.

MINAYO, Marcos. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINHA VIDA. **Qualidade de vida e o câncer**. 2015. Disponível em: <http://www.minhavidacom.br> Acesso em: 13. Mai. 2015.

NARAYANASAMY, Aama. **O impacto de estudos empíricos sobre a espiritualidade e da cultura na educação enfermeira**. J Clin Nurs. 2006, v. 15, n. 7, p. 840-51 .

NEME, Carlos. **História prévia de eventos de estresse e câncer de mama, útero e ovários**. São Carlos: Rima, 2003, p. 95-123.

OLIVEIRA, M. R; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. Estudos de Psicologia. Natal, v. 17, n. 3, 2007, p. 469-476.

ONCOGUIA. **Câncer**. 2015. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br> Acesso em: 12 abr. 2015.

ONCOLOGY NURSING SOCIETY. **Connect**. 2007; Jun:8-16. Lally RM. Childhood cancer survivorship: a lifelong surveillance. ONS Connect. 2007, v. 22, n. 6, p. 8-12.

PASHARD, Ormino. **Role of yoga in stress management**. West Indian Med J 2004, v. 53, n. 3, p. 191-194.

PAULA, Esteves. **Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com insuficiência renal crônica**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2009, v. 62, n. 1, p.1006.

PAULA, Júnior W. **Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico**. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2010, v. 27, n. 4, p. 491-7. Disponível em: <http://www.revistapt.unb.br/index.php/ptp/article/view/893/203> Acesso em 29 mar. 2015.

PUCHALSKI, Clemente. **Integrating spirituality into patient care: an essential element of personcentered care**. Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej, n. 123, v. 9, 2013, p. 491 – 497.

RIZZARDI, Carlos. **Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor.** O Mundo da Saúde, n. 34, v. 4, 2010, p. 483-487.

ROCHE. **Tratamentos Oncológicos.** 2015. Disponível em: <http://www.roche.com.br>
Acesso em: 13 abr. 2015.

ROSS, Luís. **Cuidado espiritual na enfermagem: uma visão geral da investigação até à data.** J Clin Nurs. 2006, v. 15, n. 7, p. 852-62 .

ROSSI, Lana. **O cuidado prestado pela equipe de saúde à terminalidade de uma adolescente com câncer em cuidados paliativos: uma análise existencial das vivências da mãe à luz da ontologia fundamental de Martin Heidegger.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

RUTTER, Marcos. **Resilience: some conceptual considerations.** Jovens Adolescentes: Health. 1993, v. 14, n. 8, p. 626-31, 690-6.

SAAD, Masiero. **Espiritualidade baseada em evidências.** São Paulo: Acta Fisiátrica, 1996, v. 8, n. 3, p. 107-112.

SALGADO, Apa. **O enfermeiro e a abordagem das questões religiosas.** Revista de Enfermagem. UERJ. 2007, v. 15, n. 2, p. 223-8.

SANTOS, Berta. **Um discurso sobre as ciências.** 4ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. **Leucemia.** 2014. Disponível em: <http://www.sbcancer.org.br/home2/site/> Acesso em: 19 abr. 2015, p. 31.

SÓRIA, Dac. **A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão.** Escola Anna Nery Revista Enfermagem. 2006, v. 10 n. 3, p. 547-51.

TAVARES, José. **Resiliência e educação.** São Paulo: Cortez; 2001.

TAYLOR, Eriberto. **Necessidades espirituais dos pacientes com câncer e familiares cuidadores.** Câncer Nurs. 2003, v. 26, n. 4, p. 260-6 .

TELES, Santos. **Câncer infantil e resiliência: investigação fenomenológica dos mecanismos de proteção na díade mãe-criança.** 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

TRUFELLI, Douglas. **Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público.** Revista Associação Médica Brasileira. 2008, v. 54, n. 1, p. 72-6.

VAN, Leeuwen. **Cuidado espiritual: implicações para a responsabilidade profissional dos enfermeiros.** J Clin Nurs. 2006, v. 15, n. 7, p. 875-84 .

VASCONCELLOS, Eduardo. **Imagens simbólicas no adoecer**: estudo descritivo sobre o processo arteterapêutica de pacientes oncológicos. Campinas. 2004. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000341734> Acesso em: 12 abr. 2015.

VASCONCELOS, Emanuel. **Stress, Coping ans Sozial e Kompetenz bei Kardiovaskularen Erkrankungen**. 1984. 337f. Tese (Doutorado em Psicologia), Ludwig Maximilians Universitat in Munchen, Munchen, 1984.

VASCONCELOS Ernane. **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006.

WALSH, Filho. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca; 2005.

YUNES Mam. **Resiliência: noção, conceitos afins considerações críticas**. In: Tavares J, organizador. Resiliência e educação. São Paulo: Cortez; 2001. p. 13-42.

YÉPEZ Mat. **Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas**. Psicol Soc. 2002, v. 14, n. 2, p. 133-47.

ZELMANOWICS Armando. Leucemia. **ABC da Saúde**: Informações Médicas, 2010. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?680> Acesso em: 12 abr. 2015.