

# Vivências de idosos submetidos à prostatectomia por câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem

Experiences of elderly people subjected to prostatectomy for cancer: subsidies for the care of nursing

ENIVA MILADI FERNANDES STUMM\*

JANAINA ALINE SCHERER\*\*

ROSANE MARIA KIRCHNER\*\*\*

EVELISE BERLEZI\*\*\*\*

LIGIA BEATRIZ BENTO FRANZ\*\*\*\*\*



**RESUMO** – O câncer de próstata é o mais incidente na terceira idade. A pesquisa busca apreender vivências de idosos submetidos à prostatectomia por câncer e mecanismos de enfrentamento utilizados para lidar com a situação. É qualitativa, descritiva, com 14 idosos residentes no município de Três Passos – RS. Os instrumentos de coleta de dados foram as observações em diário de campo e a entrevista semiestruturada. Da análise do conteúdo imerso nas falas dos idosos, emergiu uma categoria analítica – o idoso vivenciando e enfrentando o processo de adoecimento por câncer de próstata, subdividida em quatro temas: o conhecimento do diagnóstico de câncer; a aceitação das modalidades de tratamento propostas; a vivência de complicações cirúrgicas e da radioterapia; as estratégias utilizadas pelos idosos para lidar com o câncer. Os resultados desta pesquisa podem contribuir com profissionais, pesquisadores, estudantes da área da saúde, no sentido de refletir e de qualificar a assistência ao idoso com câncer de próstata.

**Palavras-chave** – Câncer de Próstata. Prostatectomia. Atenção Integral ao Idoso. Sentimentos. Pessoal de Saúde. Enfermagem.

**ABSTRACT** – Prostate cancer is most incident in the third age. The research searches to learn through the experience of people subjected to prostatectomy due to cancer and mechanisms to deal with the situation. Descriptive is qualitatively, with 14 elderly resident in the city of Três Passos/RS. The data collection instruments were field journaling observation and semi structured interview. Through the analysis of the content immersed in the interview of the elderly emerged an analytical category: The elderly experiencing and addressing the process of getting sick by prostate cancer, subdivided into four themes: knowledge of cancer diagnosis; the acceptance of the proposed treatment modalities; surgical experience complications and radiotherapy. The strategies used by elderly for dealing with cancer. The results of this research can

---

\* Enfermeira. Mestre em Administração - Recursos Humanos. Professora Assistente da UNIJUI. Ijuí – RS/Brasil. E-mail: [eniva@unijui.edu.br](mailto:eniva@unijui.edu.br)

\*\* Graduada em Enfermagem. Enfermeira no Hospital de Caridade de Três Passos. Professora do Curso Técnico de Enfermagem do Centro de Educação Básica Francisco de Assis – EFA. Três Passos – RS/Brasil. E-mail: [jana.scherer@hotmail.com](mailto:jana.scherer@hotmail.com)

\*\*\* Dr. em Engenharia Elétrica - Métodos de Apoio à Decisão. Professora Adjunta da UFSM – CESNORS. Palmeira das Missões – RS/Brasil. E-mail: [rosanek@smail.ufsm.br](mailto:rosanek@smail.ufsm.br).

\*\*\*\* Dr. em Geriatria e Gerontologia Biomédica. Professora Associada da da UNIJUI. Ijuí – RS/Brasil. E-mail: [evelise@unijui.edu.br](mailto:evelise@unijui.edu.br)

\*\*\*\*\* Dr. em Saúde Pública. Professora Associada da da UNIJUI. Ijuí – RS/Brasil. E-mail: [ligiafra@unijui.edu.br](mailto:ligiafra@unijui.edu.br)

Submetido em: dezembro/2009. Aprovado em: junho/2010.

contribute with professionals, researchers, healthcare students in order to reflect and qualify the assistance to the elderly with prostate cancer.

**Keywords** – Prostate cancer. Prostatectomy. Full attention to the elderly. Feelings. Health Personnel. Nursing.

---

A população de idosos representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, representando 8,6% da população brasileira (IBGE, 2004). O envelhecimento não significa doença, mas uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a ela, adocece mais e, quando isso ocorre, demora mais tempo para se recuperar.

O câncer de próstata é a mais comum das neoplasias masculinas na terceira idade e cerca de 75% dos casos, no mundo, ocorre a partir dos 65 anos e é o mais frequente em todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2007). Ele representa um problema de Saúde Pública no Brasil devido à alta taxa de mortalidade, constituindo-se em uma patologia comum entre os homens, normalmente diagnosticada já em estágios avançados.

O câncer da próstata surge quando, por razões ainda não conhecidas pela ciência, as células do referido órgão passam a se dividir e se multiplicar de forma desordenada, levando à formação de tumor. Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida e desordenada, espalhando-se para outros órgãos do corpo e levar à morte. Uma grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta que não apresenta sintomas durante a vida e nem ameaça a saúde do homem (INCA, 2005). Sua incidência está relacionada a vários fatores: idade, raça, ocupação, etnia, dentre outros.

Segundo Brasil (2007) e Smeltzer; Bare (2005), homens com mais de 40 anos, que tiverem antecedentes familiares com história de câncer de próstata e homens acima de 45 anos, devem procurar anualmente um profissional da área e realizar exames. O toque retal é o melhor método de detecção precoce, de maior sensibilidade, possibilitando que o médico avalie as condições da próstata. O Teste Antígeno Prostático Específico é de menor especificidade, comparado com o toque retal, usado como método complementar de diagnóstico.

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de próstata, destaca-se a idade, uma vez que tanto a incidência quanto a mortalidade aumentam após os 50 anos. Outro fator é a história familiar de pai ou irmão com câncer da próstata, antes dos 60 anos de idade, que pode aumentar o risco de câncer em três a dez vezes em relação à população em geral (INCA, 2005).

Os homens com câncer de próstata comumente experimentam disfunção sexual antes do diagnóstico e após cada modalidade de tratamento instituída (SMELTZER; BARE, 2005). O referido tipo de câncer pode ser, inicialmente, assintomático, daí a necessidade de exames periódicos, incluindo o toque retal. Dentre os sintomas, o homem pode apresentar obstrução uretral com disúria, nictúria, incontinência urinária aguda, hematúria, anemia, perda de peso e uremia.

Nesse contexto, a maneira como os homens vivenciam a doença depende de vários fatores, desde características de personalidade, vida social, pessoal e profissional. No que tange ao diagnóstico, normalmente ocorre de forma inesperada, e, sendo assim, tanto ele quanto sua família experenciam um mixto de sentimentos, envolvendo angústia, ansiedade, medo da morte, sensação de impotência, dentre outros, inclusive com repercussões na qualidade de vida. Os idosos com câncer de próstata merecem um cuidado especial, pois, além dos conhecimentos que adquirem ao longo da vida e diante da experiência da doença, eles necessitam de informações referentes ao cuidado de si (SEVERO, 2009).

Considerando o exposto, a assistência da equipe de profissionais da saúde ao idoso com câncer, extensivo aos seus familiares, consiste em permitir que eles verbalizem seus sentimentos e a importância

de valorizá-los; auxiliá-los a identificar e mobilizar fontes de ajuda, informações, busca de soluções dos problemas; permitir tomada de decisões sobre o tratamento proposto e preparar a pessoa ao cuidado de si, dentro do possível (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005). Assim, busca-se, com a presente pesquisa, responder a seguinte questão: Quais as percepções e sentimentos experienciados por idosos submetidos à prostatectomia por câncer? Visando respondê-la, tem-se como objetivo geral apreender vivências de idosos submetidos à cirurgia de prostatectomia por câncer.

### Percurso metodológico

A pesquisa se caracteriza como qualitativa, descritiva, desenvolvida em um município do noroeste do Rio Grande do Sul, mais especificamente, na Rede Básica de Saúde. Integraram a pesquisa 14 idosos do gênero masculino, moradores na área rural e urbana do respectivo município, obedecendo aos seguintes critérios: idoso, com 60 anos ou mais de idade, submetido à cirurgia de prostatectomia por câncer, não apresentando déficit cognitivo e participante espontâneo da pesquisa.

Por se tratar de uma investigação de cunho qualitativo, considera-se importante, inicialmente, uma breve caracterização dos mesmos, explicitada no Quadro 1.

Quadro1: Caracterização dos idosos participantes do estudo

	Idade	Profissão	Estado Civil	Religião	Grau de Instrução	Nº Filhos	Quimioterapia/R adioterapia
1	74	Comerciante	Casado	Católico	Ens. Fund.	2	Radioterapia
2	70	–	Casado	Congregacional	Ens. Fund.*	3	Radioterapia
3	76	Aposentado	Viúvo	Católico	Ens. Fund.*	4	–
4	68	Pedreiro	Casado	Evan-gélico	Ens. Fund.*	5	–
5	69	Comerciante	Casado	Congregacional	Ens. Fund.	5	Radioterapia
6	70	Agricultor	Casado	Católico	Ens. Fund.*	2	–
7	76	–	Casado	Congregacional	Ens. Fund.*	8	–
8	69	Comerciante	Viúvo	Católico	Ens. Fund.	4	–
9	77	Comerciante	Casado	Católico	Ens. Fund.*	5	–
10	84	Aposentado	Viúvo	Católico	Ens. Fund.*	1	–
11	72	Aposentado	Casado	Católico	Ens. Fund.*	1	Radioterapia e Quimioterapia
12	81	Agricultor	Casado	Católico	Ens. Fund.*	6	–
13	70	–	Casado	Católico	Ens. Fund.*	4	–
14	75	Agricultor	Casado	Católico	Ens. Fund.*	2	Radioterapia

\*Incompleto

Quanto à coleta de dados, utilizou-se entrevista semiestruturada, gravada em audiotape, transcrita na íntegra, com as seguintes questões: (1) Fale-me, como foi para o senhor receber o diagnóstico da doença? (2) Como foi a realização da cirurgia e o tratamento? (3) Como o senhor lida com essa situação? (4) O que o senhor faz para se sentir melhor? Além destas, foram realizadas observações em um diário de campo e usado um roteiro com dados de identificação e sociodemográficos dos idosos. O respectivo roteiro continha os itens descritos no Quadro 1.

Inicialmente, foi realizada a busca dos idosos com o auxílio dos profissionais da saúde que atuam na Rede Básica de Saúde do Município. Após localizá-los, foram observados os critérios de seleção elencados; aqueles que os satisfizeram, foram convidados a participar da pesquisa e todos aceitaram. A coleta de dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2009 e os idosos foram entrevistados nas suas respectivas residências. O número de integrantes da pesquisa foi definido pelo método de exaustão, ou seja, a partir do momento em que as informações começaram a se repetir, indicou o término da etapa de coleta de dados.

Os dados coletados foram analisados conforme metodologia preconizada por Gomes, citada por Minayo (2004): ordenação, classificação e análise final. As anotações em diário de campo, bem como os dados de identificação e sociodemográficos foram utilizados para caracterizar os sujeitos pesquisados e para complementar a análise e discussão dos resultados.

Considerando que a pesquisa envolveu pessoas, foram observados todos os preceitos éticos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Inicialmente o projeto de pesquisa foi registrado no SISNEP e, concomitantemente, solicitada a autorização à Secretaria de Saúde do Município para realização da coleta de dados e, posteriormente, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUI. O projeto de pesquisa foi aprovado sob Parecer Consubstanciado nº 056/2009. Visando proteger as identidades dos idosos, optou-se por nomeá-los de E1, E2, E3, até E14.

### **Análise e discussão dos resultados**

Foram entrevistados 14 idosos, nos meses de maio e junho de 2009, todos submetidos à prostatectomia radical por câncer. As leituras exaustivas dos depoimentos deles, em busca de apreender a essência do conteúdo dos mesmos, resultaram na estruturação de uma categoria analítica: *O idoso vivenciando e enfrentando o processo de adoecimento por câncer de próstata*. A mesma foi subdividida em quatro temas: (1) O conhecimento do diagnóstico de câncer; (2) A aceitação das modalidades de tratamento propostas; (3) A vivência de complicações cirúrgicas e da radioterapia; (4) As estratégias utilizadas pelos idosos para lidar com o câncer. As mesmas serão descritas, analisadas e discutidas a seguir.

#### **Categoria analítica – O idoso vivenciando e enfrentando o processo de adoecimento por câncer de próstata**

O conhecimento da patologia e o acesso aos serviços preventivos são considerados fundamentais na prática preventiva. Percebeu-se que alguns idosos tinham conhecimento de sua patologia e outros relatavam que a sua doença não era câncer. Inicialmente, encontraram-se dificuldades no diálogo com alguns deles, foram percebidas certas resistências à palavra câncer e, em alguns momentos da entrevista, gradativamente, o idoso ficava mais à vontade, favorecendo que fosse indagado sobre o que mudaria se o diagnóstico fosse câncer. Aí, então, percebia-se que eles ficavam mais tensos e insistiam em dizer que não era câncer.

Nesse contexto, estudo realizado por Gianini (2007) igualmente mostra a dificuldade que os participantes do gênero masculino possuíam em expressar seus sentimentos quanto ao diagnóstico. O autor afirma que esse tipo de reação indica que, para esses homens, a saúde ainda é vista como “coisa feminina” e os serviços de saúde se constituem em espaços pouco frequentados por eles. O autor pontua que os homens muitas vezes se encontram isolados, limitam seu contato com familiares ou pessoas que estão fazendo o mesmo tratamento. Esta atitude ocasiona, quase sempre, uma sobrecarga para a companheira/esposa que, normalmente, é a cuidadora principal, seja em relação a informações sobre a doença, seja em relação a tratamentos, exames e a cuidados em geral.

## TEMA 1 – O conhecimento do diagnóstico de câncer

Pela elevada incidência e mortalidade, o câncer é um problema de saúde pública no Brasil e em nível mundial. Daí a necessidade de ações direcionadas à prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e melhoria da qualidade de vida. Juntamente com o diagnóstico de câncer, a maioria dos clientes sente estar recebendo também sua sentença de morte, o que torna essencial a assistência psicológica.

Pessoas com diagnóstico de câncer reagem com significativos níveis de estresse emocional. Os medos e incertezas associados ao diagnóstico de possível morte, dor, desfiguração, gera uma crise que exige do paciente adaptação rápida à notícia catastrófica, necessitando controlar a situação de estresse enquanto toma decisões sobre o tratamento (LOPES, 2003).

No momento em que é revelada a informação ao idoso de que ele é portador de câncer, já o conscientiza de sua finitude. O referido diagnóstico é frequentemente acompanhado de depressão, pelo fato de o idoso não conseguir manter uma atitude de aceitação interior. Como não consegue negar a doença, vê-se obrigado a reconhecer que tem um câncer, deprimindo-se no início da doença, ou durante o tratamento (TOFANI; VAZ, 2007).

Revelar o diagnóstico de câncer ao idoso pode gerar inúmeros sentimentos, incluindo conflitos, dilemas e questionamentos éticos, os quais exigem do profissional da saúde tomada de decisão. No que tange ao paciente que recebe a notícia é, com certeza, gerador de mais sofrimento, incluindo medo, insegurança, desespero, dentre outros sentimentos. Nesta perspectiva, destaca-se o depoimento de E1.

*Os médicos não dizem pra gente, diretamente, que é câncer, mas eu não sou bobo mesmo tendo no laudo outro nome... Daí fui conversar com um amigo que é médico e ele me disse que era câncer... A palavra câncer assusta, mas eu nunca achei que eu pudesse ter, sempre acontecia com os outros, a gente acha que não dá pra gente, porque nós não temos isso na família, nunca ouvi falar, e de repente estava eu ali com isso... mas graças a Deus que detectamos cedo, porque se fica tarde pode ir para os ossos (E1).*

Na fala de E1 fica explícita a necessidade de sensibilidade e diálogo no momento da revelação do diagnóstico ao idoso. O profissional necessita fazer isso de forma a não exacerbar os sentimentos presentes nesse momento. O idoso tem o direito de saber, porém ao profissional compete falar a verdade, buscando minimizar o sofrimento implícito nela. Circundando a questão abordada referente à revelação do diagnóstico, alguns fatores devem ser considerados e, dentre eles, a forma de colocar as palavras, o momento do idoso e o local da revelação. Deve-se observar como a notícia é transmitida, pois se for dada de modo abrupto e sem a presença de um profissional competente, que proporcione confiança ao idoso, pode ter sérias consequências e interferir na compreensão da verdade (VISENTIN; LABRONICI; LENARDT, 2007).

Em geral, ao ser informado do diagnóstico médico, o primeiro mecanismo de defesa utilizado pela pessoa é a negação. Inicialmente ela funciona como um escudo protetor, mas, se persistir, pode enfraquecer o relacionamento e impedir o paciente de assumir uma atitude mais responsável (TOFANI; VAZ, 2007). Pesquisa realizada no Hospital Base do Distrito Federal, que teve como objetivo avaliar a postura do médico frente ao diagnóstico de câncer aos pacientes, mostrou que 97,7% dos 38 médicos entrevistados informam o diagnóstico aos seus pacientes (TRINDADE, et al., 2006).

Os depoimentos de E2 e E3 mostram que eles possuem conhecimento sobre a patologia, que o médico manteve um diálogo aberto, colocando inclusive a respeito dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico. Neles se evidencia, igualmente, que há o entendimento da necessidade de realização da cirurgia, aliada à aceitação.

*O médico chegou pra mim e disse que era câncer, que eu tinha e que teria que fazer uma cirurgia... Não me preocupei naquela hora e pensei, não é grave, é início, então tem cura (E2).*

*Não fiquei assustado, eu disse para o médico: “Eu confio em ti, confio no Senhor”. Então o médico disse que íamos fazer a cirurgia, e ele que não tirava o risco de eu ficar perdendo urina (E3).*

Analisando os depoimentos dos sujeitos que integraram essa pesquisa, aliado ao posicionamento dos autores, evidencia-se que o idoso com diagnóstico de câncer é merecedor de um tratamento diferenciado. Ele possui toda uma trajetória que não pode ser ignorada; tem o direito de saber a verdade, de tudo o que irá acontecer com ele, bem como as possibilidades reais de tratamento, favorecendo inclusive a opção.

No que tange à enfermagem, um bom relacionamento entre enfermeiro e idoso permite não só a identificação das reais necessidades de cuidado, mas também o esclarecimento de dúvidas, contribuindo para uma melhor compreensão da doença, diminuindo a ansiedade e aumentando a adesão ao tratamento.

## **TEMA 2 – A aceitação das modalidades de tratamento propostas**

As modalidades terapêuticas disponíveis para o tratamento radical do câncer de próstata localizado incluem radioterapia, cirurgia, hormonioterapia e quimioterapia, isolados ou combinados. Assumir o tratamento, passar pelos procedimentos e vivenciar os efeitos deles decorrentes se traduzem em experimentar sentimentos de revolta, de impotência e, principalmente, de não se reconhecer mais.

As modalidades de tratamento a que a maioria dos idosos, sujeitos dessa pesquisa, foram submetidos compreenderam: prostatectomia, radioterapia e quimioterapia. Nesse sentido, a intervenção cirúrgica representa uma ameaça na vida de qualquer pessoa, pois envolve uma carga emocional muito grande. Alguns idosos referiram não sentir medo quando lhes foi proposta a cirurgia para a retirada da próstata. O depoimento de E4 mostra que o médico não falou, em nenhum momento, que ele tinha câncer, corroborando o que E1 falou.

*O médico não falou de câncer, mas que pra mim ficar 100% tinha que operar, não adiantava esperar que não iria ficar bom sem operar. Não fiquei com medo, já tinha feito outra cirurgia em Porto Alegre e tinha ficado sozinho lá... (E4).*

Considera-se que este fato pode ter contribuído para o sujeito não vivenciar o medo, aliado à experiência de outra cirurgia, provavelmente, sem complicações. Nesse contexto, o profissional da saúde deve usar uma linguagem simples no momento do diagnóstico ao paciente, pois o uso de termos científicos pode gerar entendimentos errôneos.

E2 admite que sentiu medo, mas, mesmo assim, se mostrou corajoso, confiante e com fé. E5 também afirma que sentiu medo em relação ao procedimento cirúrgico e felicidade pelo fato de não necessitar realizar radioterapia.

*Dá aquele medo, tu fica pensando em como vai ser a cirurgia... Fui com muita coragem fazer a cirurgia... com muita fé em Deus, e que ia dar resultado (E2).*

*Tive um pouco de medo, porque sempre dá antes de uma cirurgia... Um dos médicos havia me encaminhado para radioterapia, quando eu cheguei em Ijuí para fazer a radioterapia o médico de lá disse que não era necessário pois eu não tinha mais câncer, então ele me encaminhou para fazer fisioterapia, o que me deixou muito contente (E5).*

E6 falou sobre complicações da cirurgia e, percebe-se, implícita em sua fala, a importância da presença da família diante de um procedimento cirúrgico e, mais especificamente, de complicações que possam ocorrer.

*Tiraram toda a próstata, daí o doutor me disse que provavelmente eu iria ficar com um probleminha... Tive um pouco de medo, pois eu estava sozinho em Porto Alegre... (E6)*

A participação da família no processo de cuidar é importante para ambos os atores envolvidos: paciente e familiar. O câncer é uma realidade no seio de muitas famílias e, nesses momentos, o grupo familiar vivencia problemas emocionais, espirituais, sociais e financeiros, tendo que se adaptar às situações suscitadas pela doença; entretanto, a família desempenha um papel importante na assistência, particularmente na promoção de conforto e segurança ao doente (SILVA et al., 2008).

A prostatectomia radical representa uma das modalidades preferenciais de tratamento do câncer localizado de próstata, pelos elevados índices de cura da doença. Apesar desta vantagem, essa intervenção representa procedimentos de maior complexidade, o que aumenta os riscos de complicações e de sequelas. Complementando, a prostatectomia é realizada em homens com câncer ainda em estágio inicial e que possuem uma média de vida acima de 10 anos (SMELTZER; BARE, 2005).

Durante as entrevistas, percebeu-se que alguns idosos foram devidamente orientados, tanto em relação ao procedimento cirúrgico, quanto às perspectivas futuras, gerando segurança, confiança e consequente redução do medo. Igualmente, o fato de o idoso ter sido submetido a cirurgias anteriores, com êxito, pode ter contribuído para sua segurança. Contrariando o exposto, Figuera (2005) afirma que o fato de o indivíduo já ter passado por experiências positivas com relação à cirurgia, não amenizam o medo sentido, ou seja, a ansiedade surge independente do número de cirurgias a que ele já se submeteu. Não importa a complexidade da cirurgia, pois mesmo que seja um procedimento “tecnicamente” simples, é capaz de mobilizar ansiedade. Cada cirurgia é vivenciada como única, sempre um novo evento, mesmo quando a pessoa já conhece os procedimentos técnicos.

A hospitalização provoca no indivíduo uma ruptura com o seu ambiente habitual, modificando seus costumes, hábitos, capacidade de autorrealização e de cuidado pessoal (SOUZA; SOUZA; FENILI, 2005). Para os que foram submetidos a cirurgias anteriores, com sucesso, o procedimento pode ser avaliado como menos traumático, pelo fato de ele já conhecer a rotina a ser seguida. O depoimento de E7 mostra isso.

*A cirurgia foi normal, tranquila... O médico me disse: se quer viver 8, 10 anos ainda precisa fazer a cirurgia... Também não tive medo, já havia feito outras cirurgias antes (E7).*

Uma forma construtiva de enfrentar a doença é valorizar o tratamento, pois os homens, mesmo sofrendo os efeitos colaterais, submetem-se a ele seguindo rigorosamente todas as orientações. Ressalta-se a importância de uma abordagem clara pela equipe de saúde, favorecendo a compreensão e a adesão do idoso ao tratamento. Silva (2000) se reporta à falta de informações a respeito da doença e do tratamento ou à não compreensão das informações recebidas dos profissionais da saúde como fatores determinantes para que o paciente não realize o tratamento.

O idoso, diante da confirmação do câncer, necessita de forças para lutar pela vida, daí a aceitação ser mais fácil, aliada ao cumprimento das modalidades de tratamento. A importância dada ao tratamento e a esperança na possibilidade de cura que ele representa é o que induz os pacientes a minimizarem os efeitos do tratamento e os impulsiona a continuar, apesar dos diversos efeitos desagradáveis que o mesmo provoca (GUTIÉRREZ, 2007). E3, em sua fala, demonstra o comprometimento e seriedade com que assumiu o tratamento proposto, aliado à confiança no médico assistente.

*Fiz o tratamento porque o médico não conseguiu tirar todo o câncer na cirurgia. Sempre fui muito certo em fazer o tratamento, se o médico marcava um dia, eu estava lá naquele dia (E3).*

Muitas vezes não existe um único tratamento para o câncer, tornando necessária a combinação de mais de um. No entanto, independente do tipo, todas as modalidades de tratamento deixam marcas

no paciente, principalmente pelo estresse emocional, decorrente de procedimentos terapêuticos, tais como a radioterapia e a quimioterapia.

A dor é um dos sintomas mais frequentes e é importante fator de piora na qualidade de vida (LOPES, 2003). É um indicativo de alerta e, quando essa não cessa, é porque sua causa ainda não está detectada, ou aquilo que havia de errado não foi solucionado. Sequencialmente, no depoimento de E8, fica claro que a dor que sentia o mobilizou para a cirurgia e, realmente, a dor se constitui no quinto sinal vital.

*Não tive medo de fazer a cirurgia, pois já estava há 8 dias em casa sofrendo de dor. Levantava muitas vezes na noite pra ir ao banheiro, mas não saía urina (E8).*

Como mencionado anteriormente, a partir do momento em que o paciente é informado de tudo o que irá e poderá acontecer, favorece sua aceitação e êxito do tratamento. E9, em sua fala, demonstra que a abordagem do médico foi adequada, tanto em relação à cirurgia, quanto ao tratamento radioterápico, e que esse fato contribuiu para uma melhor aceitação. Antes da cirurgia, ele já sabia da possibilidade de ter que realizar radioterapia. Já, na fala de E1, evidencia-se que a abordagem médica referente à radioterapia foi banalizada, o que pode ter contribuído para a vivência de uma experiência avaliada como ruim.

*O médico disse que ia fazer a cirurgia, mas que não poderia eliminar o câncer, porque não queria atingir a válvula e ter que usar fraldas, ele me explicou.. e se fosse ficar uma raizinha, ele ia me avisar e não deu outra, ele disse: vai ter que fazer radioterapia. A radioterapia, aceitei bem (E9).*

*Os médicos dizem que a radioterapia é coisa simples, mas eu captei que era coisa forte, dose de elefante... é rápido mas queima tudo por dentro..., mas eu fiz uma injeção antes pra não afetar outros órgãos, porque senão eu nem ia aguentar (E1).*

O papel da enfermagem é ajudar os pacientes não só a lidar com os efeitos colaterais como também com problemas emocionais durante a radioterapia (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005). Todos os profissionais que interagem com o paciente nesse momento necessitam falar a mesma linguagem, ou seja, uma abordagem clara, simples, de fácil entendimento e, acima de tudo, não banalizar.

A radioterapia possui vários efeitos colaterais e isso deve ser falado para o paciente, antes de ele iniciar o tratamento, inclusive. Para E7, que estava realizando radioterapia por ocasião da coleta de dados desta pesquisa, o sintoma relatado por ele foi cólica abdominal após as sessões. Nesse sentido, a radiação pode afetar o tecido normal, causando efeitos colaterais que dependem das características do indivíduo, da quantidade de radiação aplicada e, principalmente, da parte do corpo a ser tratada. Dentre os efeitos da radioterapia no câncer de próstata estão incluídas a dor, a fadiga, a cólica, a sensação de queimação, entre outras. Essas reações poderão ocorrer após a realização das sessões de radioterapia (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

*[...] o médico me falou que era bom fazer a radioterapia para não dar problema depois, porque faz no início e depois fica tranquilo... Não sinto nada, é normal, apenas dá reação, dá cólica de vez em quando (E7).*

Analisando os depoimentos dos idosos, o posicionamento dos autores e, reportando-se à enfermagem, especificamente, destaca-se a importância de uma comunicação aberta entre os profissionais que cuidam, para que ocorra sintonia, favorecendo as ações direcionadas ao ser cuidado, nesse caso, o idoso. Chama atenção o fato de os sujeitos que integraram essa pesquisa, em nenhum momento, reportarem-se à equipe de enfermagem, sendo que esta se mantém presente no cuidado ao paciente a maior parte do tempo.



### TEMA 3 – A vivência de complicações cirúrgicas e radioterapia

A cirurgia se constitui numa das modalidades de tratamento mais utilizadas em presença de câncer e, em se tratando especificamente do câncer de próstata, ela é um dos métodos preferenciais, de maior resolutividade. A prostatectomia radical envolve a retirada em conjunto da próstata e das vesículas seminais. A recuperação após a cirurgia é de aproximadamente 15 dias. Pode ocorrer a necessidade de ressecção dos feixes vâsculo-nervosos que, além de levar à disfunção erétil, aumentam a probabilidade de incontinência urinária pós-cirúrgica (NETTO; FERREIRA; BRETAS, 2006).

No que tange à radioterapia, é um tratamento localizado, que usa radiação ionizante, produzida por aparelhos, realizada em regime ambulatorial, com doses diárias, por um período variável de dois meses (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005). As pessoas tratadas com radioterapia, segundo os autores, podem experimentar diversos efeitos colaterais, tais como dor, alterações cutâneas, perda da autoestima e confiança, choque emocional, confusão, ansiedade, angústia, medo, sentimentos de isolamento e mudanças na rotina. Daí a necessidade de cuidados específicos de enfermagem, incluindo o apoio aos idosos, não só no sentido de lidar com os efeitos colaterais da radioterapia, como também no que tange aos problemas emocionais vivenciados por eles nesse período.

E1 relata que foi muito difícil se submeter aos procedimentos impostos, que não morreu porque Deus não permitiu. O fato de ter vivenciado uma complicação renal o levou a avaliar a cirurgia como algo ruim, que lhe causou sofrimento maior, levando-o, inclusive, a realizar hemodiálise.

*Quase morri na operação, me fez muito mal. Dezenove dias estive internado, daí me falaram que nessa operação de laser eles colocaram muita pressão no abdômen e trancou uma veia dos rins, levando à parada do funcionamento dos rins, tive que fazer hemodiálise... (E1).*

*[...] Poderia ter tido alta hospitalar no 6º dia, mas me deu uma infecção hospitalar, daí eu completei 30 dias de internação. Foi muito difícil passar por isso tudo (E10).*

A prostatectomia é um procedimento que eleva os riscos de complicações imediatas e de sequelas tardias, dentre elas sangramento intraoperatório, incontinência urinária e impotência sexual. Outra complicação que pode ocorrer no idoso submetido à prostatectomia são as infecções hospitalares, tal como relatado por E10. Com os avanços tecnológicos, devido ao aparecimento de microrganismos multirresistentes na prática hospitalar, tornaram as infecções hospitalares um problema de saúde pública.

A qualidade da vivência da sexualidade pode alterar com o câncer de próstata e, mais especificamente, com o tratamento. Nesse sentido, as características associadas ao sofrimento emocional dos homens referem-se às limitações físicas, diminuição da capacidade de ereção e cansaço (GIANINI, 2007).

*Agora estou urinando bem, mas antes era difícil, ardia quando ia urinar, percebi que perdi a potência sexual. Não é tão difícil essa doença, mas a gente tem que se cuidar, 30, 60, 90 dias depois da cirurgia, para não dar sangramento, mas agora não percebo mais isso (E5).*

Quanto à preservação da potência sexual no pós-operatório, depende da idade do paciente, da função erétil pré-operatória, do estágio do tumor no momento da cirurgia e da preservação do feixe neurovascular (BRILHANTE et al., 2007). A satisfação com a vida sexual reflete na satisfação com a vida de forma geral. Durante a entrevista, E11 referiu perda da função sexual após a cirurgia e o tratamento. Os demais idosos foram questionados quanto a esse aspecto, mas relataram não ter ocorrido alteração alguma em sua função sexual, mas no que se refere à perda urinária, vários mencionaram e, inclusive, afirmaram que se mantêm.

*Eu perco urina, tenho que usar fraldas... fiz uma cirurgia onde o médico colocou uma telinha embaixo da bexiga, mas não resolveu. Fiz radioterapia e tentei outras maneiras para diminuir a perda de urina, mas sem sucesso (E11).*

*Não posso deixar carregar demais de urina a bexiga, senão eu perco um pouco, mas muito pouquinho (E12).*

*[...] depois da cirurgia de próstata sempre tive que usar fraldas, pois não consegui mais segurar a urina (E13).*

A incontinência urinária pós prostatectomia é uma complicação de difícil tratamento e que causa impacto negativo na qualidade de vida do idoso. A probabilidade de esta ocorrer após a cirurgia varia de 2% a 87% (LIMA; VAZ; MÜLER, 2006). Aliados à incontinência urinária há os cuidados referentes às mudanças nos hábitos alimentares, e com calor, os quais devem ser observados pelo idoso, evidenciados nos fragmentos de falas que seguem. Alguns idosos se reportaram às orientações que receberam após o término do tratamento e os cuidados no decorrer do mesmo.

*Não me importo em ir todos os dias fazer a radioterapia. Hoje tenho que cuidar, não comer nada de frutas cítricas, carne vermelha, não ir no sol, não tomar banho quente, não ir perto do fogo, nada de calor (E7).*

*No começo tinha que cuidar com a comida, não comer demais, não comer algumas coisas. Não posso deixar carregar demais de urina a bexiga, senão eu perco um pouco, mas muito pouquinho. Hoje tenho que me cuidar um pouco, trabalhar não em serviço pesado, não ir no sol (E14).*

Como o envelhecimento é um processo fisiológico, acarreta alterações no organismo que podem modificar as necessidades nutricionais, sendo agravado por doenças, pela interferência de medicamentos ou por problemas sociais e psicológicos (SEVERO, 2009).

No que tange a atuação da enfermagem, os idosos manifestam ansiedade, preocupação, esperando respostas às suas dúvidas. Cabe ao enfermeiro uma posição firme e segura que favoreça a tomada de decisão quanto à informação a ser fornecida, com o intuito de promover o bem-estar dos mesmos. Os enfermeiros que cuidam de pacientes oncológicos trabalham em um ambiente de grande exigência, seja pela alta complexidade, pelas manifestações de cada indivíduo, exigindo constante atualização de conhecimentos. Cabe a esses profissionais a sensibilidade de perceber, de captar no idoso o que realmente ele compreendeu das orientações que lhe foram transmitidas.

O idoso com câncer necessita ser cuidado não só pelos profissionais de saúde, mas, igualmente, por seus familiares. Tanto a doença quanto o tratamento impõem limitações e devem ser superadas, daí a importância do apoio e auxílio dos que convivem com o doente. Os familiares se preocupam com a alimentação, a administração dos medicamentos, higiene e com a dor.

Considera-se importante que os profissionais de saúde saibam perceber e ouvir as necessidades dos pacientes, ajudando-os a enfrentar as complicações que podem ocorrer ao longo do tratamento, incluindo a cirurgia e a radioterapia, dentre outras.

#### **TEMA 4 – Estratégias utilizadas pelos idosos para lidar com o câncer**

Qualquer mudança na vida da pessoa ocasiona estresse, cujos efeitos podem ser positivos, melhorando o desempenho dela; ou negativos, ameaçando a capacidade de seguir sua vida normalmente.

As habilidades para lidar com as situações de estresse e se adaptar a elas são nominadas estratégias de enfrentamento. Estas podem ser apreendidas, usadas e descartadas de acordo com a possibilidade de serem identificadas e reforçadas num dado momento da experiência do indivíduo.

Um fator importante no enfrentamento da doença pelo paciente é a rede de apoio que se forma em torno dele. A fé em Deus cresce quando as pessoas ficam mais velhas, aumentando, assim, a leitura

da Bíblia e a participação em cultos (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2008). Os idosos com câncer podem usar sua religiosidade como uma estratégia de enfrentamento, em busca de alívio às suas angústias.

Nas falas de E6 e E14, ao se depararem com o câncer, eles relataram que estavam confiantes no tratamento e na equipe, com fé e confiança em Deus.

*Não fiquei assustado, eu disse para o médico: “Eu confio em ti, confio no Senhor e em Deus” (E6).*

*[...] eu pensei, não é grave, é início, então tem cura. Eu enfrentei com coragem, com muita fé em Deus... (E14)*

Quando o indivíduo se depara com uma situação delicada, a crença em um Ser Superior é vigorada e a busca pela concretização do poder da fé é vista como o último e o maior recurso disponível de que o ser humano dispõe para reverter a situação. A crença religiosa não deve ser entendida como uma forma de fugir da realidade, mas como uma perspectiva de futuro para o sofrimento pelo câncer. Buscar o apoio na religião, ou até mesmo a invocação a Deus, na situação do caos da doença, é uma estratégia acessível, pois hoje são disponibilizados vários serviços religiosos, usados efetivamente pelos indivíduos (AQUINO; ZAGO, 2007).

Dentre as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos, sujeitos dessa pesquisa, além da crença em Deus, destacam-se: sair para dançar, se alimentar, fazer caminhadas, enfim, realizar atividades que lhes proporcionem prazer.

Chama atenção a forma como E4 interpretou a colocação do médico referente aos cuidados com o sol:

*[...] O médico só me disse que deveria cuidar o sol, então evito caminhar e sair de casa (E4).*

Essa postura do idoso pode interferir de forma negativa no seu bem-estar e na sua qualidade de vida. A descoberta da doença e o tratamento podem gerar traumas emocionais, detectados sob a forma de depressão, melancolia, solidão, retraimento, desesperança, revolta, ideias de suicídio, entre outros (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

Já, no depoimento de E3, evidencia-se uma postura diferente, ou seja, ele não deixa de sair, porém observa os horários em que o sol é prejudicial.

*Me cuidei muito na época. Hoje faço minhas caminhadas com cuidado, evito ir ao sol nos horários em que ele é mais forte. Trabalho aqui no meu terreno para passar o tempo. Graças a Deus que o meu apetite é muito bom, como de tudo e muita fruta (E3).*

Contrariamente a postura de E4, E10, mesmo apresentando incontinência urinária, frequente bailes, se alimenta bem e se diverte.

*Hoje ainda perco urina, mas me alimento bem e saio para dançar nos bailinhos (E10).*

A doença terá o sentido de destrutiva quando provocar a interrupção da atividade, perdas diversas em suas capacidades e em seus papéis sociais. Mas a doença também pode ser vivenciada como libertadora, uma vez que torna possível que a pessoa encontre o “verdadeiro sentido da vida” (MUNIZ; SAGO; SCHWARTZ, 2009). Na fala de E8, ele expressa esse sentimento, mostra que, mesmo diante das complicações, busca viver intensamente, se divertir, realizar atividades que lhe proporcionam prazer e satisfação.

*Jogo canastra todos os dias. Não ficou nenhum problema depois da cirurgia. Faço os exames regularmente e sempre está tudo bem (E8).*

Para que o idoso possa manter a continuidade de suas atividades, que antes da cirurgia integrava seu cotidiano, aliada ao acréscimo de outras, necessita da adoção de estratégias de enfrentamento. Considera-se importante, para a saúde dele, o encorajamento na busca de recursos para melhorar a imagem corporal e, conseqüentemente, sua autoestima.

Sequencialmente, E1 menciona satisfação após os primeiros cinco anos da cirurgia e da radioterapia. Ele relata que mantém suas caminhadas, cuida da alimentação e sente-se bem agindo dessa forma. O idoso com câncer necessita de conhecimentos sobre os cuidados para manter uma boa qualidade de vida, incluindo a melhora dos sinais e sintomas da doença e o controle adverso do tratamento. Na fala de E1, observa-se que ele procura manter a rotina de antes da descoberta da doença.

*[...] Não alterou nada, continuo caminhando, cuido da comida, trabalho... Mas eu fiquei bom, bom mesmo... Já faz 5 anos que eu fiz as radioterapias (E1).*

*Pra mim fazer aquela cirurgia foi a mesma coisa que nada... (E11)*

Ao enfrentar o câncer e o tratamento, os idosos, sujeitos desta pesquisa, elaboraram formas de enfrentamento baseadas na doença. Alguns a percebem como algo ruim, se sentem infelizes, desanimados, podendo dificultar a melhora, já outros a encaram de forma positiva, com otimismo e confiança na cura, guiados pela emoção e pela crença.

A atuação da equipe de enfermagem a esses idosos deve ser direcionada no sentido de auxiliá-los no enfrentamento, fornecendo-lhes mais informações sobre o câncer, as modalidades de tratamento disponíveis, como serão realizados os procedimentos, os efeitos colaterais que podem advir dos tratamentos ministrados, dentre outros.

### **Considerações finais**

O objetivo traçado foi alcançado, possibilitando identificar as vivências, incluindo sentimentos e percepções dos idosos, sujeitos da pesquisa, frente ao câncer de próstata. Realizar esta pesquisa oportunizou aproximação destes idosos, resultando em momentos de trocas de informações, aprendizado, resultantes dos sentimentos vivenciados por eles frente à doença, incluindo respostas às dúvidas que possuíam sobre várias questões.

Observou-se, nas falas deles, bem como nas expressões faciais, que receber o diagnóstico de câncer causou-lhes medo, mas todos relataram confiança na cura da doença, colaborando nos tratamentos realizados. Tem-se conhecimento de que receber a notícia de um câncer desperta inúmeros sentimentos, dentre eles o medo da morte. Outro aspecto observado nas falas dos idosos foi que, ao receber o diagnóstico, eram pouco ou mal orientados sobre a doença, e vários deles sequer conheciam o verdadeiro diagnóstico da sua patologia.

Em relação aos sentimentos vivenciados pelos idosos submetidos à prostatectomia, destacam-se: medo, esperança, vontade de vencer a doença, fé no médico, otimismo. Foi observado nos idosos pesquisados que eles acreditavam na cura da doença pelo Poder Divino, o que é frequente entre pessoas que sofrem.

Observou-se que os idosos com conhecimento da doença tiveram uma boa aceitação das modalidades de tratamento, pois conheciam os efeitos adversos. Já, os idosos que desconheciam o diagnóstico, o desentendimento foi maior da parte deles quando questionados sobre os tratamentos a que foram submetidos. Os idosos que já haviam sido submetidos a outros procedimentos cirúrgicos, vários relataram que isso os ajudou a superar o medo e a ansiedade diante da prostatectomia.

Houve resistência dos idosos em relatar a situação de impotência sexual que pode ocorrer após a prostatectomia, sendo que apenas um deles relatou que isso ocorreu após a cirurgia, os demais não se posicionaram.

Ressalta-se o papel que a equipe de enfermagem desempenha no cuidado ao idoso oncológico, principalmente diante da necessidade que muitos têm em dialogar e esclarecer dúvidas referentes à doença. Nesse sentido, destaca-se a importância do enfermeiro possuir conhecimentos técnicos e científicos, habilidade para transmitir esses conhecimentos, aliada à sensibilidade para saber ouvir e interpretar o que o idoso quer dizer e, a partir daí, proporcionar apoio emocional tanto a ele quanto aos familiares, no enfrentamento de todo o processo da doença.

Outro aspecto merecedor de reflexões e de ações é que os idosos pesquisados apenas se reportaram ao médico assistente em suas falas e, em nenhum momento, à enfermagem, sendo que é essa equipe que se mantém mais presente ao longo do tratamento, emergindo um questionamento que permanece e que pode ser objeto de estudo de outras pesquisas: Qual a participação dos enfermeiros no cuidado a esses idosos?

Os resultados obtidos nesta pesquisa podem ser utilizados por estudantes, profissionais da área da saúde e pesquisadores, no sentido de instigar mais investigações envolvendo esta temática, ciente da parcela significativa de idosos que vivencia o câncer de próstata e que merecem ser bem cuidados. Além disso, eles (os resultados) podem ser utilizados visando desencadear reflexões e ações direcionadas à prevenção e detecção precoce do câncer de próstata. Os mesmos podem ser igualmente importantes e ser utilizados como indicadores, tanto na atenção básica em saúde quanto em hospitais, no sentido de melhorar a qualidade de vida de idosos com esse tipo de câncer, revertendo em melhoria da qualidade da assistência e em resultados positivos para as instituições de saúde.

## Referências

- AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, v.15, n.1, p. 42-47, 2007.
- BARBOSA, J. M. M. Avaliação de qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal. 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br>>. Acesso em: 5 jun. 2009.
- BRASIL, M. S.; Instituto Nacional do Câncer. *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96. Trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996.
- BRILHANTE, A. C.; LIMA, M. D. C.; MARREIRO, C. M.; SOUZA, B. A.; AGUIAR, M. F. M.; FONSECA, R. C. Protastectomia radical por via perineal (PRVP) em hospital não universitário: estudo de 13 casos. *Rev. Para. Med.*, v. 21, n. 4, p. 43-46, 2007.
- GIANINI, M. M. S. *Câncer e Gênero: enfrentamento da doença*. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.
- GUTIÉRREZ, M. G. O câncer e seu tratamento: impactos na vida dos pacientes. *Brazilian Journal of Nursing*, v.6, 2007. Disponível em <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/462/107>>. Acesso em 19 jan. 2009.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Ministério do Planejamento; Orçamento e Gestão. *Estimativas populacionais 1980-2010: Brasil, regiões geográficas e unidades de federação*. Rio de Janeiro, 2004.
- INCA, Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. *Câncer no Brasil: dados dos registros de câncer de base populacional*, v. 4, Rio de Janeiro, 2005.
- LIMA, C. L. M.; VAZ, F. P.; MÜLER, V. *Incontinência urinária pós-prostatectomia: tratamento*. 2006. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/6\\_volume/29-IncontUrPosProsTr.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/29-IncontUrPosProsTr.pdf)> Acesso em: 20 jun. 2009.
- LOPES, V. L. B. *Doutor, estou com câncer? Conduta médica e familiar nas comunicações dolorosas*. 2 ed. Porto Alegre: AGE, 2003.
- LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Ver. Latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 6, p. 944-50, 2005.
- MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 8. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.
- MUNIZ, R. M.; ZAGO, M. M. F.; SCHWARTZ, E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. *Textos & contextos*, v. 18, n. 1, p. 25-32, 2009.
- NETTO, N. R.; FERREIRA, U.; BRETAS, F. F. H. *Câncer de próstata localmente avançado: hormônio e radioterapia*. 2006. Disponível em: [www.projetodiretrizes.org.br](http://www.projetodiretrizes.org.br). Acesso em: 19 jun. 2009.
- SEVERO, I. M. ; GORINI, M. I. P. C. Alterações no modo de viver de idosos com câncer. *Online Brazilian Journal of Nursing*. v. 8, p. 1-11, 2009.

SILVA, M. R. B.; BORGOGNONI' K.; RORATO. C.; MORELLI. S.; SILVA. M. R. V.; SALES. C. A. O câncer entrou em meu lar: sentimentos expressos por familiares de clientes. *Revista Enfermagem (UERJ)*, v. 16, p. 70-75, 2008.

SILVA, T.; SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad. Saúde Pública*, v. 16, n. 2, p. 449-455, 2000.

SILVA, V. C. E. *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico- cirúrgica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, A. A.; SOUZA, Z. C.; FENILI, R. M. Orientação pré-operatória ao cliente – uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. *Revista eletrônica de enfermagem*, v. 7, n. 2, p. 215-220, 2005.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Significado de intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1247-1256, 2008.

TOFANI A. C.; VAZ C. E. Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach. *Interam. J. Psychol*, v. 41, n. 2, p.197-204, 2007.

TRINDADE, E. S.; AZAMBUJA, L. E. O.; ANDRADE, J. P.; GARRAFA, V. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 53, n. 1, p. 68-74, 2007.

VISENTIN, A.; LABRONICI, L.; LENARDT, M. H. Autonomia do paciente idoso: o direito de saber o diagnóstico. *Acta Paul Enferm.*, v. 20, n. 4, p. 509-513, 2007.