

Estratégias de Enfrentamento Utilizadas pelos Pacientes Oncológicos Submetidos a Cirurgias Mutiladoras

Coping Strategies of Oncology Patients Submitted to Mutilating Surgeries

Estrategias de Afrontamiento Utilizadas por los Pacientes Oncológicos Sometidos a Cirugías Mutiladoras

Priscila Costa¹, Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite²

Resumo

O processo estressante, desde a suspeita diagnóstica de um câncer até a reabilitação e reajuste psíquico do paciente, requer esforços de enfrentamento da situação. Este artigo objetivou identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente oncológico submetido à cirurgia mutiladora. Trata-se de um estudo prospectivo transversal e descritivo. Foram incluídos no estudo indivíduos adultos em pós-operatórios de cirurgias oncológicas mutiladoras do trato gastrointestinal, urológicas e ginecológicas. Os dados coletados por meio de entrevista semiestruturada foram codificados e agrupados em categorias para sua análise. Entre as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos entrevistados, 53% estavam focalizadas no problema, sendo a reflexão sobre o problema de saúde a estratégia mais utilizada, e 86% focalizadas na emoção, sendo o suporte religioso a estratégia mais utilizada. Os dois focos de estratégias de enfrentamento, muitas vezes, ocorrem simultaneamente, podendo ser mutuamente facilitadores. Identificar as estratégias de enfrentamento e suas consequentes implicações na evolução clínica do indivíduo é de fundamental importância para o planejamento individualizado do cuidado de enfermagem.

Palavras-chave: Oncologia; Cirurgia; Neoplasias Gastrointestinais; Neoplasias Urológicas; Neoplasias dos Genitais Femininos; Enfermagem Oncológica

Parte do Projeto de Iniciação Científica "Alterações da imagem corporal: percepção do paciente cirúrgico oncológico", financiado pela FAPESP nº 04/13799-8.

¹Enfermeira. Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

²Enfermeira. Professora Doutora da Escola de Enfermagem da USP. Orientadora da pesquisa.

Endereço para correspondência: Rita de Cássia Burgos de Oliveira Leite. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP. Rua Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 - São Paulo (SP), Brasil. CEP: 05403-000. E-mail: rboleite@usp.br

INTRODUÇÃO

O câncer como doença crônico-degenerativa pode impor aos pacientes e familiares um grande desafio na adaptação, pois o prognóstico da doença e a terapêutica a ser escolhida representam uma ameaça à saúde e à integridade do corpo.

Em nossa sociedade, o câncer continua sendo uma enfermidade muito importante, tanto qualitativa como quantitativamente. Sua incidência e índices de mortalidade são cada vez mais elevados e, embora afete todas as faixas etárias, na maioria das vezes, acomete as pessoas com mais de 65 anos de idade, sendo que os homens sofrem maior incidência de câncer do que as mulheres¹.

A cirurgia foi a primeira modalidade de tratamento que significativamente alterou o curso de uma neoplasia², sendo, muitas vezes, uma situação de conflito para o indivíduo, devido às mudanças drásticas no cotidiano e às possíveis transformações da imagem corporal decorrentes do tratamento. Atualmente, mais de 60% dos pacientes com câncer são tratados cirurgicamente, e a cirurgia também é usada no diagnóstico e estadiamento de mais de 90% de todos os casos de câncer².

A aplicação de técnicas cirúrgicas, radioterápicas, quimioterápicas e biológicas para o tratamento resultam na cura de mais de 50% dos pacientes diagnosticados com câncer³. Paralelamente, se a força poderosa da mente for invocada e esta estiver aliada à fé religiosa, com o intuito de recuperar-se do agravo, o paciente se sentirá mais feliz e com outra disposição para enfrentar a doença, podendo, dessa forma, provocar alteração em seu quadro⁴.

Todo contexto da doença propriamente dita e do tratamento podem gerar estresse, trazendo sinais e sintomas como: apatia, depressão, desânimo, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ansiedade, irritabilidade. Diante disso, o que pode fazer a diferença no resultado de adaptação do indivíduo é o enfrentamento. Realizar estratégias de enfrentamento significa que o indivíduo está tentando superar o que lhe está causando estresse⁵.

O processo estressante, desde a suspeita diagnóstica de um câncer até a reabilitação e reajuste psíquico do paciente, requer esforços de enfrentamento da situação, sendo a tarefa primordial reconquistar o equilíbrio psíquico apropriado⁶.

Enfrentamento é definido como um processo através do qual o indivíduo administra as demandas da relação pessoa-ambiente que são avaliadas como estressantes e as emoções que elas geram. O enfrentamento pode ser classificado em duas importantes divisões:

enfrentamento centrado no problema e enfrentamento centrado na emoção, embora muitas vezes ocorram simultaneamente, podendo ser mutuamente facilitadores⁵.

A estratégia focalizada na emoção é definida como um esforço para regular o estado emocional que está associado ao estresse. Esses esforços são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo. A principal função dessa estratégia é reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse⁵.

A estratégia focalizada no problema constitui-se num esforço para atuar na situação que originou o estresse. A função dessa estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão. A utilização de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ou na emoção depende da avaliação cognitiva⁵.

A condição necessária para a boa adaptação a uma situação constrangedora ou potencialmente traumática é o fruto da negociação interna bem-sucedida entre os nossos desejos e a realidade não favorável, e conseqüente adaptação à nova realidade⁶.

Entre algumas das funções dos profissionais de saúde no processo de cuidado, identificar as estratégias de enfrentamento e sua conseqüente implicação na evolução clínica do indivíduo são de fundamental importância para o planejamento da assistência de enfermagem⁷.

Este estudo teve como objetivo identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente oncológico submetido à cirurgia mutiladora.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se por ser prospectivo, transversal e descritivo. Foi realizado com indivíduos adultos a partir de 18 anos e no segundo dia de pós-operatório de cirurgias do trato gastrointestinal, urológicas e ginecológicas, em média. O campo utilizado para esta pesquisa foi o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, localizado no município de São Paulo. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e agosto de 2005.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição do campo do estudo (registro CEP 557/05) e foi solicitado o consentimento livre e esclarecido dos participantes.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada realizada pela própria pesquisadora que anotou as respostas de cada entrevistado durante a realização da entrevista. Os pacientes foram entrevistados no segundo ou terceiro dia do período pós-operatório.

O instrumento elaborado abrange questões abertas e fechadas relacionadas à identificação do paciente, à caracterização da cirurgia, ao conhecimento do paciente sobre seu problema de saúde e aos mecanismos de enfrentamento do problema de saúde e da cirurgia, além das estratégias utilizadas para melhorar as dificuldades advindas da doença.

O tratamento dos dados foi feito através da interpretação dos elementos coletados, por meio da análise categorial. Para a análise de dados, o conjunto de informações foi lido diversas vezes para compreender o discurso de cada entrevista, buscando extrair os códigos que são as unidades básicas de análise e o núcleo de compreensão do texto.

A codificação aberta é a parte da análise que diz respeito especificamente a nomear e classificar o fenômeno através do exame exaustivo dos dados. Durante a codificação aberta, os dados foram "quebrados" em pequenas frases, examinados, comparados por similaridades e diferenças. Os dados codificados foram agrupados por similaridade de fenômeno. Esse processo de agrupar conceitos relativos ao mesmo fenômeno é chamado de categorização. Uma categoria estará saturada quando não é possível acrescentar novos dados ou quando não mais emergem novos aspectos representativos do fenômeno⁸.

A partir das categorias, as informações relativas ao tema e ao objetivo foram analisadas. Para o tratamento estatístico das variáveis descritivas, foi utilizado *software Excel 2003*, a fim de verificar as frequências absolutas e relativas e o cálculo das medidas de localização central e de dispersão para cada variável isoladamente.

RESULTADOS

Foram entrevistados 21 pacientes no período pós-operatório de cirurgias oncológicas mutiladoras. As idades variaram entre 43 e 80 anos, sendo a idade média de 65 anos. A amostra constitui-se de uma população idosa significativa, sendo 52% dos pacientes maiores de 60 anos.

Quanto ao motivo da cirurgia neste estudo, 67% das cirurgias ocorreram devido a câncer do trato gastrointestinal (estômago, cólon e reto), 14% por câncer de próstata e 19% por afecções ginecológicas.

O foco das estratégias de enfrentamento utilizado pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras esteve em 53% dos casos centrados no problema e em 86% centrados na emoção.

Foram consideradas estratégias de enfrentamento focalizadas no problema: definição do problema e

levantamento de soluções alternativas; planejamento e modificação da situação através da busca de informações; desenvolvimento de novas habilidades de autocuidado para seguimento correto do tratamento.

Foram consideradas estratégias focalizadas na emoção: rezar; tentar acalmar-se; distrair-se com o trabalho, passeios, passatempos de costume; conversar com familiares sobre os problemas, comportamentos aditivos como beber ou comer excessivamente, uso de humor e tentar se conformar com a situação, acreditando que ocorreu devido ao avançar da idade (fatalismo), ou seja, de modo irrevogável.

Tabela 1. Caracterização da população submetida a cirurgias mutiladoras. São Paulo, 2005

Características	N	%
Sexo		
Masculino	13	62%
Feminino	8	38%
Estado Civil		
Solteiro	3	14%
União estável	14	67%
Viúvo	2	9,5%
Divorciado	2	9,5%
Grau de instrução		
Analfabeto	1	4,8%
1º grau	10	47,6%
2º grau	6	28,6%
3º grau	4	19%
Religião		
Não tem	1	4,8%
Católica	13	61,9%
Protestante	4	19%
Espírita	1	4,8%
Outras	2	9,5%
Praticante		
Sim	10	50%
Não	10	50%

Em relação ao conhecimento sobre o problema de saúde, 95% dos indivíduos entrevistados referiu possuir algum conhecimento sobre seu problema de saúde ou motivo da intervenção cirúrgica.

Entre os entrevistados, 76% referiu realizar alguma atitude para tentar melhorar as dificuldades trazidas pelo problema de saúde. Destaca-se que o mesmo indivíduo pode realizar mais de uma atividade para melhorar suas dificuldades.

Tabela 2. Distribuição da população quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas. São Paulo, 2005

Estratégia de enfrentamento	N	%
Estratégias de enfrentamento focalizadas no problema		
Refletir sobre o problema	7	63%
Seguir corretamente o tratamento	3	27%
Buscar informações	1	10%
Total	11	100%
Estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção		
Suporte religioso	5	27,8%
Medidas de autocontrole	4	22,3%
Busca de suporte familiar	3	16,7%
Comportamento aditivo	2	11,1%
Uso do bom-humor	2	11,1%
Distração	1	5,5%
Fatalismo	1	5,5%
Total	18	100%

Tabela 3. Distribuição da amostra quanto às atitudes realizadas para melhorar as dificuldades trazidas pelo problema de saúde. São Paulo, 2005

Atitudes	N	%
Autocuidado	8	50%
Busca de informações	3	19%
Distração	2	12,5%
Rezar	2	12,5%
Outras	1	6%
Total	16	100%

DISCUSSÃO

Ao receber o diagnóstico de câncer, uma doença que traz tantos sofrimentos e preocupações, cria-se uma situação desestruturante não só para quem é por ele acometido, mas também para todos que o cercam, uma vez que se veem surpreendidos por um momento de grande estresse, que leva a mudanças de comportamento. Esses comportamentos irão definir quais estratégias serão utilizadas para os momentos de confrontação com a situação de adoecimento.

É possível supor que o diagnóstico de câncer desencadeará sentimentos e avaliações cognitivas, as quais, influenciadas pelas experiências anteriores e diferenças individuais, resultarão em comportamentos peculiares de ajuste, cuja finalidade é enfrentar o estresse e a ansiedade provocada por esse momento.

A percepção de um indivíduo direciona a forma de enfrentamento diante de uma situação estressante. O significado conferido à vivência de doença direciona o

modo de agir e reagir às demandas impostas pelo câncer, como o tratamento cirúrgico. As estratégias de enfrentamento são processos de controle utilizados para mediar a relação entre as demandas requeridas pela doença e as respostas que o indivíduo produz perante as mesmas⁵.

Refletir sobre o problema foi a estratégia mais utilizada entre os mecanismos de enfrentamento focalizados no problema, sendo identificado como uma maneira eficiente de modificar as pressões internas, por tentativa de remover ou abrandar a fonte estressora, possibilitando a busca de soluções para a doença.

Já o enfrentamento centrado na emoção é, por muitas vezes, uma "reavaliação cognitiva", pois o indivíduo realiza uma série de manobras cognitivas com o objetivo de modificar o significado da situação, não importando se isso é feito de forma realista ou com distorção da realidade. Esse tipo de mecanismo de enfrentamento não modifica a situação propriamente dita, mas serve para o indivíduo negociar com as emoções e, assim, manter uma autoestima positiva, esperança e bem-estar⁵.

Estudo realizado com pacientes idosos em condições crônicas de saúde demonstrou que os mesmos apresentaram mecanismos de enfrentamento, tanto enfocados na emoção (participação em grupos de idosos, busca de ajuda de familiares, rejeição de perdas naturais), como no problema (busca de atendimento médico, cuidados com o corpo), demonstrando uma forma saudável de enfrentar a situação⁹.

Outro estudo qualitativo realizado com 16 pacientes em tratamento radioterápico com o objetivo de identificar as formas de enfrentamento, utilizadas diante dessa doença e do tratamento, demonstrou que os indivíduos elaboraram formas de enfrentamento tanto baseadas na

emoção como no problema. Sendo que, ao se depararem com a necessidade do tratamento, os pacientes que apresentam o enfrentamento baseado no problema relatam ter tido o impacto, pois não deixaram de ter o estresse presente em suas reações, mas encararam o problema e destacaram estar confiantes no tratamento e na equipe. Já os que tiveram seus enfrentamentos baseados na emoção comentam principalmente sobre os sintomas que foram gerados pela situação de estresse e depositam suas esperanças em Deus¹⁰.

Quanto às estratégias focalizadas na emoção, neste estudo, o suporte religioso foi a estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos participantes que referiram rezar e fazer promessas como maneiras de expressar sua fé em Deus e santidades da Igreja católica populares no Brasil para ajustarem-se melhor à situação de doença. Esse tipo de recurso de enfrentamento pode prover o fortalecimento da fé e com isso propiciar pensamentos mais otimistas, diminuindo, portanto, a tensão interna decorrente do estressor.

A religião, em sentido estrito senso, ocupa um importante espaço na vida das pessoas, e a religiosidade pode ajudá-las a encontrar o significado e a coerência no mundo¹¹. Revisões sistemáticas têm confirmado quantitativamente que a religião é epidemiologicamente um fator de proteção¹²⁻¹⁴.

Um estudo exploratório, realizado com seis laringectomizados, com o objetivo de identificar como a religião influencia a sobrevivência de um grupo de pacientes oncológicos operados de dois a cinco anos, demonstrou que para esses pacientes a prática religiosa é uma estratégia para a recuperação da força perdida com a doença e o tratamento¹⁵.

A espiritualidade é uma construção da personalidade de cada indivíduo - uma expressão da sua identidade e efeitos em função da história pessoal, experiências e aspirações. Por essa razão, a religião diminui o sofrimento, uma vez que permite mudar a perspectiva subjetiva, em que o paciente e a comunidade vivenciam a doença grave.

Devido ao significado do câncer, o paciente redireciona sua atenção a novos aspectos ou percebe a experiência de um novo ponto de vista. O alívio do sofrimento, a sobrevivência ou a cura não significam o retorno ao estado anterior à doença, essa situação alterou-se como uma nova experiência - uma segunda oportunidade de vida trazida pela sobrevivência¹⁵.

A fé constitui um modo de pensar construtivo. Um sentimento de confiança de que acontecerá o que se deseja. A fé em Deus é um sentimento arraigado em nossa cultura e é tão necessária quanto outros modos de enfrentamento.

Este estudo demonstra que o suporte religioso ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas e mostra também que é imprescindível conhecer a espiritualidade dos usuários ao planejar a assistência em saúde.

As medidas de autocontrole utilizadas como estratégias de enfrentamento foram: procurar não sofrer por antecipação; acalmar-se; e minimizar o problema, diminuindo a carga de estresse trazida por este. Outra estratégia foi a busca pelo suporte emocional provido pelos familiares.

O apoio da família é um dos principais recursos externos do paciente para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Enquanto o paciente trava uma luta contra a doença, tentando lidar melhor com o estresse, a família tem um importante papel em apoiar ou não as mudanças que ocorrem com ele, evitando os fatores desnecessários de estresse ou ajudando-o a lidar com ele¹⁶. Os familiares do paciente com câncer também sofrem com o estresse de lidar com as necessidades emocionais do paciente, o que é uma questão difícil para eles¹⁷.

Uma pesquisa qualitativa cujo referencial foi o da Psiconcologia, que teve como objetivo analisar a percepção da mulher que tem o diagnóstico de câncer invasivo do colo do útero, realizada com 12 mulheres, demonstrou que a família é o principal suporte para enfrentar uma doença como o câncer. Sendo que, diante disso, segundo as autoras, o movimento de construção de estratégias de enfrentamento pode ser afetado em suas fases tanto por parte do familiar quanto por parte do doente. Essa problemática foi evidenciada por 75% das mulheres envolvidas que verbalizaram a falta de coesão familiar repercutindo na dificuldade de estabelecer e de manter estratégias de enfrentamento¹⁸.

Presumidamente, indivíduos que experimentam um evento de vida estressante e podem mobilizar fortes recursos de suporte dentro de sua rede social de relacionamentos são mais capazes de reduzir possíveis efeitos negativos do estresse na saúde. O suporte pode aliviar o impacto da avaliação do evento como estressante, provendo uma solução para o problema, através da redução da percepção de importância do problema e, então, a pessoa é menos reativa à percepção do estresse, facilitando respostas mais saudáveis¹⁹.

Comportamentos aditivos, como beber ou comer excessivamente, contar piadas ou usar o bom humor para enfrentar a doença, também apareceram entre as estratégias centradas na emoção utilizadas. Outras estratégias de enfrentamento, como: cuidado com as plantas, televisão ou trabalho maior que o usual, e fatalismo devido à idade avançada, apareceram menos expressivamente.

Dos indivíduos entrevistados, 95% referiram possuir algum conhecimento sobre seu problema de saúde ou motivo da intervenção cirúrgica. Entre estes, 55% não referiram possuir diagnóstico de câncer, utilizando eufemismos como "úlceras que pode virar câncer se não for operada", "tumorzinho", "cisto" ou "doença sem causa certa".

Um estudo qualitativo e descritivo, realizado com 20 idosos com câncer, que buscou identificar o significado da intervenção médica e da fé religiosa, destacou que o idoso tem pouco conhecimento das consequências da terapia intervencionista e de que o tempo poderá lhe fornecer maior entendimento⁴.

Acredita-se que, em decorrência da entrevista ter sido realizada nos dias subsequentes à cirurgia, poder-se-ia interpretar, apoiando-se na teoria da crise, que alguns pacientes ainda se encontrariam nas fases de choque ou negação, negando seu diagnóstico de câncer, por não possuírem habilidades de enfrentamento que permitissem assumir naquele momento para si mesmos ou para uma pessoa estranha, no caso a pesquisadora, a sua real condição de ter câncer. Outra hipótese para o comportamento observado seria a fragilidade do vínculo, estabelecido entre paciente e pesquisadora, que pôde não ter permitido que aquele expressasse conceitos com os quais não está totalmente adaptado.

A negação, pelo menos a negação parcial, é usada por quase todos os pacientes, não apenas durante os primeiros estágios da doença ou em seguida na "confrontação", mas também posteriormente, de quando em quando. A negação funciona como um abafador ou amortecedor, depois de notícias chocantes, que inesperadas permitem ao paciente recobrar-se e, com o tempo, mobilizar outras defesas menos radicais. A negação é, normalmente, uma defesa temporária e, logo, será substituída por aceitação parcial²⁰.

Entre os entrevistados, a maior parcela referiu realizar alguma atitude para tentar melhorar as dificuldades trazidas pelo problema de saúde. Entre elas, estavam atividades relacionadas ao autocuidado, como: reeducação alimentar, cuidados com estoma, não fumar ou beber, relaxamento e deambular pela unidade, busca de informações sobre sua patologia em livros, sites ou através dos profissionais de saúde, rezar, distração com TV, plantas ou conversar com outros pacientes e outras atividades, sendo que o mesmo indivíduo pode realizar mais de uma atividade para melhorar suas dificuldades.

A busca por reeducação alimentar está relacionada ao alto índice de câncer de estômago, cólon e reto neste estudo (67%), já que usualmente os indivíduos submetidos a cirurgias mutiladoras do trato gastrointestinal realizam mudanças de hábitos

alimentares no pós-operatório. Essa hipótese corrobora com a assertiva do INCA²¹ de que o alto consumo de frutas, vegetais frescos, cereais, baixo consumo de carnes vermelhas e de bebidas alcoólicas, bem como a prática de atividade física, estão associados a um baixo risco de desenvolver câncer colorretal.

Em relação às atitudes para o autocuidado, o interesse dos pacientes sobre o manejo do estoma é um dado de extrema importância para a assistência dos profissionais de saúde, uma vez que o manejo do estoma e adaptação a uma nova imagem corporal podem ser encorajados.

A equipe profissional de saúde, em especial a enfermagem, tem grande responsabilidade ao dar as primeiras orientações sobre o estoma como: sanar as dúvidas, fazer o paciente participar na medida do possível dos cuidados básicos, incentivar a pessoa a olhar para ele, pois se sabe que alguns pacientes adiam esse momento e encontram dificuldade para isso²²⁻²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de enfrentar uma doença ameaçadora à vida e cercada por tanto estigma como o câncer busca produzir comportamentos que aumentem o bem-estar psicológico e reduzam o possível desequilíbrio causado pelo impacto da doença, de modo que a pessoa possa suportá-la e possa lidar consigo mesma de maneira mais positiva.

Neste estudo, pôde-se observar que os pacientes, ao enfrentarem o câncer e a cirurgia mutiladora, elaboraram formas de enfrentamento tanto baseadas na emoção como no problema. As estratégias de enfrentamento identificadas mais utilizadas foram a reflexão sobre o problema de saúde e o suporte religioso.

Logo, torna-se relevante a realização de estudos que busquem aprofundar a compreensão sobre a experiência do paciente oncológico submetido a cirurgias mutiladoras por meio da identificação de suas estratégias de enfrentamento, a fim de que ele possa realizar as adaptações necessárias para o seu bem-estar físico e psíquico.

A equipe multiprofissional lida, de modo intensivo e integral, com as respostas dos pacientes, interagindo com seus sofrimentos, ansiedades e medos, em meio às estratégias terapêuticas. Todavia deve haver, em relação aos pacientes com câncer, um entendimento de que o curar, muitas vezes, é escravo da tecnologia, mas o cuidar aceita que a existência é finita e sempre existe algo que possa ser feito para melhorar a qualidade de vida.

A assistência de enfermagem ao paciente com câncer e familiares consiste em permitir a todos verbalizar seus

sentimentos e valorizá-los; identificar áreas potencialmente problemáticas; auxiliar o paciente e familiares a identificar e mobilizar fontes de ajuda, informações, busca de soluções dos problemas; permitir tomadas de decisões sobre o tratamento proposto; e levar a pessoa ao autocuidado dentro do possível²⁴.

A enfermagem oncológica deve estabelecer intervenções de cuidado que possam ser implementadas com o objetivo de orientar antecipadamente o paciente para as mudanças na imagem corporal que sejam previsíveis de acordo com a cirurgia proposta como também conhecer as expectativas do paciente sobre a imagem corporal e auxiliar o paciente na compreensão e enfrentamento das mudanças causadas pela doença ou cirurgia, auxiliando na determinação da real extensão da mudança em seu corpo ou em sua funcionalidade.

A meta é que a equipe multiprofissional reforce as estratégias de enfrentamento que facilitem a convivência com a situação de doença e auxiliem o indivíduo a transformar ou abandonar aquelas que sejam ineficazes para ele.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira NMLA. O câncer e o doente oncológico segundo a visão dos enfermeiros. *Revista brasileira de cancerologia* 1996; 42(3): 161-70.
2. Kowalski LP. Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia. 2. ed. São Paulo: Âmbito; 2002.
3. Longo DL. Oncology and haematology. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. *Harrison's - Principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 43-58.
4. Teixeira JJV, Lefevre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Cien Saude Colet* 2008 13(4):1247-56.
5. Lazarus RS, Folkam S. Cognitive appraisal processes. In: Lazarus RS, Folkam S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer; 1984. p.22-54.
6. Freud S. *Cinco lições de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2003.
7. Chaves EC, Cade NV, Montovani MF, Leite RCBO, Spire WC. Coping: Significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2000; 34(4): 370-5.
8. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Califórnia: Sage; 1990.
9. Trentini M, Silva SH, Valle ML, Hammerschmidt KSA. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005 jan/fev; 13(1):38-45.
10. Lorencetti A, Simonetti AP. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005 nov/dez; 13(6):944-50.
11. Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breastcancer. *Image J Nurs Sch* 1992; 24(4):267-72.
12. Larson DB, Pattison EM, Blazer DG, Omran AR, Kaplan BH. Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals 1978-1982. *Am J Psychiatry* 1986; 143(3):329-34.
13. Kark JD, Shemi G, Friedlander Y, Martin O, Manor O, Blondheim SH. Does religious observance promote health? Mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel. *Am J Public Health* 1996; 86(3):341-6.
14. Levin JS. Religious research in gerontology, 1980- 1994: a systematic review. *J Relig Gerontol* 1997; 10(3): 3-31.
15. Aquino VV, Zago MMF. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007 jan./fev; 15(1):42-7.
16. Wortman CB. Social support and the cancer patient: conceptual and methodological issues. *Cancer* 1984; 53: 2239-60
17. Blanchard CG, Albrecht TL, Ruckdeschel JC. The crisis of cancer: psychological impact n family caregivers. *Oncology (serial online)* 1997;11(2). Disponível em: <http://www.cancernetwork.com/journals/oncology/097a2b.htm>
18. Barros DO, Lopes LRM. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Rev Bras Enferm* 2007 maio/jun; 60(3):295-8.
19. Cooper CL, Watson M. *Cancer and stress - psychological, biological and coping studies*. London: John Wiley & Sons; 1991.
20. Roos K. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Edart; 1977.
21. Instituto Nacional de Câncer. Fatores de risco. Disponível em: URL:<http://www.inca.gov.br>.
22. Wanderbroocke ACNS. Aspectos emocionais do paciente ostomizado por câncer - uma opção pela vida. *Cogitare Enfermagem* 1998, 3(1):21-3.
23. Leite RCBO. Assistência humanizada ao paciente oncológico. In: Mohallen AGC; Rodrigues AB. *Enfermagem oncológica*. LOCAL: Manole; 2007. p. 187-93. cap.11.
24. Brasil. Ministério da Saúde. *Ações de enfermagem para o controle do câncer*. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 1995.

ANEXO

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

I - Identificação do paciente

1. Registro do paciente _____
2. Idade _____
3. Sexo () Feminino () Masculino
4. Data de nascimento _____
5. Escolaridade
 - () Analfabeto
 - () 1º grau completo ou incompleto
 - () 2º grau completo ou incompleto
 - () 3º grau completo ou incompleto
6. Profissão _____
7. Ocupação _____
8. Religião
 - () Ateu
 - () Católica
 - () Protestante
 - () Espiritualista
 - () Outras (Especificar): _____
 - () Praticante () Não Praticante
9. Estado civil
 - () União estável
 - () Viúvo
 - () Solteiro
 - () Desquitado, Divorciado, Separado
10. Numero de filhos _____

II - Caracterização da cirurgia:

- Motivo que o(a) levou à intervenção cirúrgica _____
- Cirurgia proposta _____
- Cirurgia realizada _____
- Porte da cirurgia () pequeno () médio () grande

III - Conhecimento sobre o problema de saúde

1. Qual o conhecimento que o senhor(a) tem sobre o seu problema de saúde?
2. O senhor(a) foi orientado(a) sobre o procedimento cirúrgico? () Sim () Não
Em caso afirmativo por quem?
 - () Enfermeiro (a)
 - () Equipe Médica
 - () Assistente Social
 - () Outros _____
3. O senhor(a) cogitou em algum momento não realizar a cirurgia?
 - () Sim () NãoEm caso afirmativo, qual o motivo? _____
4. Pretende realizar cirurgia plástica restauradora?
 - () Sim () Não () Não se aplica

IV - Percepção sobre alterações na imagem corporal

5. Qual a sua percepção sobre a alteração que ocorreu em seu corpo?
6. O que significa para o senhor(a) essa alteração?
7. Após a cirurgia, como o senhor(a) se sente em relação às pessoas de sua família e fora dela?
8. A alteração da imagem corporal traz algum sentimento que o senhor(a) possa identificar?

V - Mecanismos de enfrentamento

9. Qual a forma que o senhor(a) utilizou para enfrentar o seu problema de saúde e o conhecimento sobre a necessidade cirúrgica?
10. O que o senhor(a) tem feito para melhorar as dificuldades que o seu problema de saúde lhe trouxe?

Abstract

The stressful process, from a diagnostic suspicion of cancer up to the rehabilitation and psychological adjustment of a patient, requires efforts to cope with the situation. This article aims at identifying the coping strategies used by oncology patients submitted to mutilating surgeries. It is a prospective, cross-sectional and descriptive study. Postoperative adults of gastrointestinal, gynecological and urologic mutilating oncology surgeries were included in this study. The data collected through a semi-structured interview was coded and jointed into categories for analysis. Between the coping strategies used by the interviewees, 53% were cognitive coping strategies, and thinking about the health problem was the most used strategy; 86% were emotional coping strategies being religion support the most used one. Both coping styles can occur simultaneously and be mutually facilitators. Identifying the coping strategies and their consequent implications at individual clinic evolution has fundamental importance for the individual design of nursing care.

Key words: Medical Oncology; Surgery; Gastrointestinal Neoplasms; Urologic Neoplasms; Genital Neoplasms, Female; Oncologic Nursing

Resumen

El proceso de estrés, desde la sospecha diagnóstica de un cáncer hasta la rehabilitación y la adaptación psicológica del paciente, requiere esfuerzos para hacer frente a la situación. Este artículo tiene como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente oncológico sometido a la cirugía mutiladora. Se trata de un estudio prospectivo-transversal y descriptivo. En el estudio fueron incluidos individuos adultos en el posoperatorio de cirugías oncológicas mutiladoras del tracto gastrointestinal, urológicas y ginecológicas. Los datos recogidos a través de entrevista semiestructurada, fueron codificados y agrupados en categorías para su análisis. Entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los encuestados, 53% estaban enfocados en el problema, siendo la reflexión acerca del problema de salud la estrategia principal, y 86% se centraron en la emoción siendo el soporte religioso la estrategia principal. Los dos focos de estrategias de afrontamiento, a menudo, ocurren simultáneamente y pueden ser mutuamente facilitadores. Identificar las estrategias de afrontamiento y sus consiguientes implicaciones para la evolución clínica del individuo es de importancia fundamental para la planificación individualizada del cuidado de enfermería.

Palabras clave: Neoplasias; Oncología Médica; Cirugía; Neoplasias Gastrointestinales; Neoplasias Urológicas; Neoplasias de los Genitales Femeninos; Enfermería Oncológica