

PERCEPÇÃO DO PACIENTE ONCOLÓGICO COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA SOBRE A DINÂMICA FAMILIAR

Kamila Costa Panissi
Cibele Alves Chapadeiro
Leonardo Rodrigues de Oliveira
(Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM)

Resumo

O estudo objetivou descrever a dinâmica relacional familiar e como esta pode ter contribuído para o adoecimento do indivíduo com Leucemia Mieloide Crônica (LMC), assim como, a ocorrência de mudanças após o diagnóstico e o enfrentamento da doença. Foram entrevistados dezoito pacientes em quimioterapia oral para LMC, de ambos os sexos, sendo que os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente, com base na análise de conteúdo de Bardin. Identificou-se relação entre a dinâmica familiar e o processo saúde-doença e o relato de vivências significativas, principalmente no ambiente familiar, no momento, ou antes, do diagnóstico. Tal diagnóstico provocou mudanças tanto na família como nos pacientes. O estudo permitiu identificar vivências, emoções e significados a partir da percepção do paciente oncológico.

Palavras-chave: leucemia mieloide crônica; percepção; relações familiares; quimioterapia.

Abstract

Perception of cancer patients with chronic myeloid leukemia on his family dynamics

The study aimed to describe the relational family dynamics and how this may have contributed to the illness of the individual with Chronic Myeloid Leukemia (CML), as well as the occurrence of changes after diagnosis and coping with the disease. Eighteen patients in CML oral chemotherapy were interviewed, of both sexes. The quantitative and qualitative data were analyzed based on content analysis of Bardin. We identified relationship between family dynamics and health-disease process and the reporting of significant experiences, especially in the family environment at the time or prior to diagnosis. The diagnosis caused changes in the family and in patients. The study identified experiences, emotions and meanings from the perception of cancer patients.

Keywords: chronic myeloid leukemia; perception; family relationships; chemotherapy.

Introdução

A família, na perspectiva sistêmica, compõe-se de um conjunto de pessoas que interagem entre si, são interdependentes e

constituem uma unidade afetiva, emocional, social e econômica, com regras, crenças e mitos compartilhados (Fráguas, 2009).

Minuchin e Fishman (2007) entendem que a estrutura familiar é constituída por padrões de interação que conduzem ao funcionamento de seus membros, desenhando comportamentos e interações, sendo que Lidchi e Einsenstein (2004) citam ser um sistema vivo no qual há períodos de desequilíbrio que se alternam com períodos de homeostase, responsabilizando-se tanto pelo cuidado como pelo desenvolvimento interno, social e cultural. Dessa forma, ao conhecer a estrutura familiar, sua composição, funções e papéis, compreende-se melhor a relação entre seus membros e o que esta relação influencia no binômio saúde-doença (Nascimento, Rocha & Hayes, 2005).

Na área da psicossomática, estudos que visam relacionar os aspectos biológicos e psicológicos na relação saúde-doença têm evidenciado que o sistema familiar influencia e é influenciado pelo processo saúde e doença de seus membros e os sintomas estariam relacionados à situação familiar (Ferreira, Müller & Jorge, 2006). Para Mello Filho (2004) é importante observar a família desde o diagnóstico até as etapas finais do tratamento de um câncer, considerando a qualidade do relacionamento familiar como um dos aspectos que contribuem para os desencadeantes deste.

Existem diferentes maneiras de pensar a relação família-doença. Para

Bielemann (2003) uma delas seria como a família enfrenta a doença, já que diante de uma enfermidade, a família vive momentos de sofrimento, desespero, medo e impotência, assumindo novos papéis para proteger e atender as necessidades de seu ente enfermo. Caetano, Fernandes, Marcon e Decesaro (2011) mencionam que esses diversos sentimentos provenientes do diagnóstico podem fortalecer ou abalar os vínculos, ocasionando uma desordem familiar. Um estudo com pacientes adultos de leucemia mieloide aguda mostrou que o diagnóstico está relacionado ao impacto da doença na família, a interrupção da rotina familiar devido ao tratamento, à sobrecarga financeira da família e a mudanças nos papéis familiares (Souza & Gorini, 2006).

Uma segunda maneira de pensar a relação família-doença seria como a família se relaciona ao aparecimento da doença, já que ela é o elemento que sintetiza a produção de saúde em escala microssocial, cumprindo funções como desenvolvimento biológico, psicológico e social do indivíduo, sendo que mudanças na vida familiar são capazes de provocar alterações emocionais e físicas (Bernal, 2003).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) aponta que o câncer e outras doenças crônicas não transmissíveis estão se tornando cada vez mais comuns e podem causar danos para as famílias,

principalmente quando a estrutura destas sofre modificações (INCA,2013). Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que para o ano de 2030, serão 27 milhões de casos de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas com a doença, sendo o maior efeito em países de baixa e média renda. No Brasil, em 2014 e 2015, serão aproximadamente 576 mil novos casos de câncer, por ano (INCA, 2013).

Apesar dos avanços em relação ao tratamento, o câncer ainda é visto como uma doença fatal (Borges et al., 2006), e para Rossi e Santos (2003), faz com que o sujeito se confronte com a questão do imponderável, da finitude e da morte, além dos planos elaborados para e com a família. Kovács (2014) refere que o diagnóstico de tal doença gera um temor de sofrimento, de perdas, de ajustamento social e preparação pessoal. Assim, segundo Moraes (2003), o paciente oncológico se reconheça como alguém vulnerável, impotente, limitado e sem autonomia, não permitindo que descubram seus verdadeiros sentimentos, ao passo que os familiares e outras pessoas a sua volta reagem da mesma forma, seja por medo, ansiedade ou insegurança, iniciando um verdadeiro jogo de “esconde-esconde”.

O diagnóstico de leucemia gera mudanças repentinas e drásticas na rotina tanto da família como do paciente, uma

vez que não é visto apenas como um conjunto de sintomas, tendo ainda, uma representação simbólica, moral, social e psicológica, levando consigo carga de sofrimento e expectativas das mais variadas (Monteiro, Veloso, Sousa & Morais, 2008). Dessa forma, analisando o papel que uma doença, principalmente o câncer, ocupa na estrutura familiar e na fantasia do paciente, torna-se necessário compreender a dinâmica relacional familiar e as mudanças que podem ocorrer na mesma com o diagnóstico e ao longo do tratamento na visão do paciente. O presente estudo objetivou investigar como pacientes com Leucemia Mieloide Crônica (LMC) vivenciam a dinâmica familiar relacional e como esta se relaciona ao diagnóstico e tratamento da doença.

Metodologia

Participaram do estudo dezoito pacientes em quimioterapia oral para LMC no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG. Os entrevistados eram maiores de dezoito anos e de ambos os gêneros. Os dados indicaram maior incidência da doença na faixa etária de 70 – 80 anos (27,8%) e em relação à escolaridade, a maioria tinha ensino fundamental mais frequentemente incompleto (44,4%) do que completo (11,1%). (Tabela I). Oito

pacientes (44,4%) eram da cidade de Uberaba e dez (55,6%) de cidades da região.

Tabela I

Dados Demográficos, Uberaba, 2014 (n=18)

Variáveis	n	(%)
Gênero		
Masculino	09	(50)
Feminino	09	(50)
Idade (em anos)		
20 - 30	01	(5,6)
30 - 40	02	(11,1)
40 - 50	03	(16,7)
50 - 60	03	(16,7)
60 - 70	04	(22,2)
70 - 80	05	(27,8)
Escolaridade		
Não alfabetizado	01	(5,6)
Ensino Fundamental Incompleto	08	(44,4)
Ensino Fundamental Completo	02	(11,1)
Ensino Médio Incompleto	0	(0,0)
Ensino Médio Completo	02	(11,1)
Ensino Superior Incompleto	0	(0,0)
Ensino Superior Completo	05	(27,8)

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada realizada individualmente, utilizando roteiro elaborado pelos pesquisadores para o estudo. A entrevista consistiu em perguntas sobre características sociodemográficas, doença, tempo de diagnóstico, tratamentos, ocorrência de outras doenças, estrutura familiar, participação da família no tratamento, ocorrência de vivências significativas antes do diagnóstico, mudanças após o diagnóstico e estratégias de enfrentamento da doença tanto do

paciente quanto de seus familiares. As entrevistas foram audiogravadas por meio de gravador digital de voz e depois transcritas na íntegra para análise de dados.

Os dados coletados foram analisados qualitativamente de acordo com a análise de conteúdo de Bardin, tendo como foco central a interpretação e categorização das falas dos entrevistados o que permitiu obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitissem a inferência

de conhecimentos relativos às mensagens (Bardin, 1979). Além disso, as respostas agrupadas em categorias foram quantificadas de acordo com o número de indivíduos que tiveram suas falas enquadradas nestas. Após categorização, os dados foram interpretados segundo a teoria familiar sistêmica.

Os procedimentos seguidos pelo estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (protocolo 573.359/2014). Todos os contatados aceitaram participar, receberam explicações sobre o estudo por escrito e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Nas entrevistas verificou-se que os pacientes sabiam informar sobre o diagnóstico, sendo que 12 (66,7%) conseguiram descrevê-lo corretamente. Os seis (33,3%) entrevistados que não souberam informar o tipo de leucemia apresentavam baixa escolaridade, com ensino fundamental incompleto (4), fundamental completo (1) e não alfabetizado (1). Estes mesmos apresentavam diagnóstico recente, sugerindo falta de tempo para a aquisição do conhecimento, de aceitação do diagnóstico ou amadurecimento da relação

médico-paciente. Dezesete (94,44%) apresentavam até dez anos de diagnóstico/tratamento, com nove (50%) de um a cinco anos (um paciente foi diagnosticado há 21 anos).

Treze (72,2%) tinham outras doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, cardiopatias, pneumopatias e um paciente com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Um dos entrevistados referiu diagnóstico de depressão em decorrência da leucemia, estando em acompanhamento psicológico.

Quanto à estrutura familiar, sete (38,9%) dos entrevistados tinham parceiros e 11 (61,1%) não (seis [54,5%] solteiros, quatro [36,4%] divorciados e um [9,1%] viúvo). Entre os que tinham parceiros, 3 (42,8%) até 20 anos de união e um (14,4%) com 57 anos. Ainda, onze (61,1%) tinham filhos.

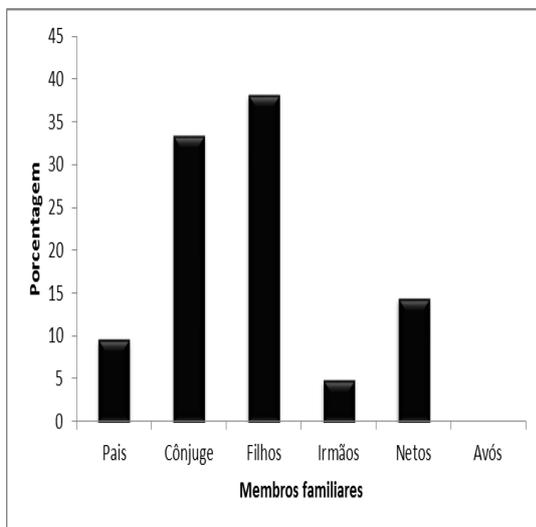
Observou-se que dentre os pacientes em união estável, seis (85,7%) sabiam descrever a doença corretamente ou o nome do medicamento utilizado. Quatro (66,7%) destes disseram enfrentar a doença e o tratamento com tranquilidade. Estes dados são concordantes com estudo sobre estado civil e sobrevivência em pacientes com câncer que revelou que pacientes casados têm menos chances de desenvolverem metástases do que pacientes solteiros, além de terem melhor

acesso ao cuidado, pois seus cônjuges os encorajam a procurar atendimento e são fonte de apoio (Aizer et al., 2013).

Três (16,7%) pacientes moravam com a família extensa (cônjuge, filhos, pais, netos e outros) e um (5,6%) com a família nuclear (cônjuge, filhos e pais). Os demais (61%) moravam com apenas algum membro familiar, mais frequentemente com os filhos ou cônjuge (Gráfico I). Apenas três (16,7%) moravam sozinhos.

Gráfico I

Membros familiares com quem os entrevistados residem, Uberaba, 2014 (n = 21)



Em relação ao apoio dado pela família no acompanhamento às consultas médicas, oito pacientes (44,4%) eram acompanhados por filhos, cônjuges, pais ou irmãos, tendo como justificativa do acompanhamento a idade avançada e a residência distante do local de atendimento, com necessidade de viagem.

Dos outros dez (55,6%) pacientes, sete (70%) deles foram acompanhados por algum familiar no início do tratamento não mais sendo acompanhados por melhora no quadro clínico. Ainda, três (30%) destes pacientes preferiam ir sozinhos às consultas por acreditarem que dessa forma a família não interferiria no tratamento. Conforme o pensamento de Moraes (2003), por sentir-se vulnerável, impotente e sem autonomia, o paciente oncológico prefere esconder seus sentimentos e o que se passa com ele, já que um de seus temores é causar sofrimento à família. Ou ainda, tenta dar um significado à sua enfermidade, responsabilizando-se pelo tratamento (Tavares & Trad, 2005).

Os entrevistados também assinalaram fatos importantes que aconteceram com eles ou na família pouco antes ou na época do diagnóstico da leucemia. Dezesesseis (88,9%) relataram uma ou mais vivências significativas, sendo que treze (81,3%) pacientes indicaram problemas familiares, como contrariedades com filhos e cônjuges, mortes de membros familiares e separações conjugais. Outras vivências narradas estavam relacionadas à sobrecarga de trabalho, mudança de cidade, mudança de emprego, gravidez, ocorrência de outras doenças graves, desemprego e graduação universitária. Apenas dois (11,1%) não relataram fato significativo anterior ou no

momento do diagnóstico de leucemia. São depoimentos dos entrevistados que ilustram estas questões: “Oh o que eu sofri antes foi uma separação, eu já fui casado também. Foi uma separação de um relacionamento de uns treze anos, dez anos de casado, treze juntos. Um mau momento... o falecimento da minha avó também”. (E09, masculino, 33 anos).

A gente tava passando por uma dificuldade, a gente tava arrumando a casa, fizemos dívidas, né, e isso aí pesou bastante na vida da gente. Sempre meu pai ensinava pra gente não fazer dívida, né, então essa dívida pra mim ficou difícil. Foi uma dívida desfocada, só que já tamos vencendo ela, já tá vencendo ela, quase final do ano acaba, mas mesmo assim isso causa dificuldades. Essa foi a dificuldade que eu tive e pesou bastante. A gente fica meio desconfortável e triste, né (E11, masculino, 71 anos).

A maioria dos fatos estressantes anteriores à doença relacionava-se à família, indicando que mesmo que a doença seja classificada em critérios biológicos, é necessário juntar a estes o desenvolvimento do indivíduo e da família (Rolland, 2011). Estudos sobre os significados do câncer de mama em famílias mostraram que os participantes

pautavam a etiologia do câncer a uma combinação de desequilíbrio interno e desequilíbrio na relação familiar, especialmente a eventos estressantes como morte de parentes próximos, problemas pessoais de saúde, separação, divórcio ou viuvez, assim como, mudança na situação financeira (Tavares & Trad, 2005; Santos et al., 2009).

Sobre mudanças ocorridas na família após o diagnóstico de leucemia, nove (50%) pacientes perceberam mais preocupação, união, carinho, cuidado e fé. Já em relação a si mesmos, onze (61,1%) notaram mudanças como considerações relacionadas à vida (4 – 36,4%), impaciência (2 – 18,1%), desânimo (1 – 9,1%), conformismo (1 – 9,1%), dificuldades em compreender as limitações (1 – 9,1%), tranquilidade (1 – 9,1%) e alegria (1 – 9,1%). Também referiram mudanças alimentares, abstinência de bebidas alcoólicas e dificuldades sexuais, acordando com o estudo de que o diagnóstico de doenças graves como o câncer é um momento de sofrimento e de reestruturação da vida (Kováč, 2014).

Caetano et al. (2011) indicam que distintos sentimentos podem surgir após o diagnóstico de uma doença, fortalecendo ou enfraquecendo os vínculos familiares. Assim, nove pacientes (50%) acreditavam que seus sentimentos e percepções acerca da família também mudaram após o

diagnóstico: valorização (6 – 66,7%), impaciência (2 – 22,2%), ineficiência (1 – 11,1%). Um membro da família com câncer determina uma reorganização familiar que visa auxiliar o doente a enfrentar a doença e o tratamento (Ferreira, Dupas, Costa & Sanches, 2010). Para 10 (55,6%) dos entrevistados a doença transformou o modo como à família se relacionava.

As estratégias para enfrentamento da doença e do tratamento incluíam manter a rotina, fé e seguir o tratamento. A fé foi caracterizada como estratégia de enfrentamento tanto do paciente como de seus familiares, trazendo a ideia, como citado por Guerrero, Zago, Sawada e Pinto (2011) de que tristeza e angústia são sentimentos decorrentes da vivência do câncer e por isso estratégias de enfrentamento como a fé auxiliam o paciente a seguir adiante com seus projetos e ideais de vida. Ainda segundo os autores, pacientes que expressam seus sentimentos frente ao diagnóstico como indiferentes podem indicar uma forma de autocontrole, de distanciamento dos sentimentos, de difícil compartilhamento dos medos e não preocupação com a própria saúde.

Ai eu fui processar essas ideias na minha cabeça né, porque é uma doença séria, não é como pegar uma gripe, então você questiona muita coisa. É um

tratamento contínuo. Então, eu tenho uma fé muito firme e naquela caminha do hospital eu tive uma conversa muito séria com Deus e eu sei que dali mesmo eu já sai assim “bom, então eu tenho que encarar”. Eu tenho família, tenho os filhos, tenho os netos e então vamo bora (E18, feminino, 62 anos).

Os pacientes também consideraram que união, diálogo, respeito, amor e apoio no relacionamento familiar ajudam a enfrentar a doença; enquanto desavença, desrespeito, dificuldade financeira, distância, atrapalharam. Igualmente, perceberam que os familiares evitavam falar sobre a doença ou eram indiferentes. Como o câncer é compreendido como sinônimo de sofrimento e morte, ao se abordar tais temas com a família, possibilita-se que esta fale sobre o assunto e adapte-se a realidade, uma vez que se vive um luto antecipatório diante do adoecimento físico de seus integrantes (Reis e Silva, 2009).

Acredito que eles não falam tudo, porque talvez poderia... assim, pra me preservar às vezes, de chorar ou alguma coisa assim, então eles não dialoga muito comigo, acho que cada um guarda no seu coração, como eu também não fico falando tudo o que eu penso ou deixo de pensar, ou o que eu

sinto ou deixo de sentir pra eles, pra não ocasionar pra eles também sofrimento, né (E14, masculino, 40 anos).

Conclusão

O estudo evidenciou que o diagnóstico e tratamento de um câncer têm significados que vão além de suas características biológicas, devendo-se considerar as relações familiares na doença e atuação.

Pacientes com baixa escolaridade e tempo de diagnóstico recente apresentaram dificuldades na aquisição do conhecimento sobre a doença, com possível colaboração da imaturidade da relação médico-paciente e inadequação das informações ao nível cognitivo do paciente, sendo importante também a fragmentação dos conhecimentos sobre doença e tratamento, uma vez que o diagnóstico de uma doença compreendida como causadora de sofrimento e de morte faz com que o paciente não consiga entender tudo o que é dito sobre a mesma.

Também se observou que a dinâmica familiar relacional influencia e é influenciada pelo processo de saúde e doença de seus membros, demonstrando uma relação entre essa dinâmica, o diagnóstico e o tratamento do câncer, como

apontado pelas referências. Vivências significativas, principalmente no ambiente familiar, foram relacionadas à época do aparecimento do câncer e compreendidas como geradoras de estresse. Por outro lado, mesmo motivadora de estressores, a família associada à fé, é fonte de apoio para o enfrentamento da doença e reestruturação da vida.

Pacientes assinalaram a ocorrência de mudanças após o diagnóstico tanto na família como em seus sentimentos e percepções acerca da mesma. Todavia, evitar falar sobre a doença e indiferença da família é fator comum. Evidentemente, assim como os familiares, os pacientes também têm medo de que seus medos sejam descobertos, e ainda se sentem responsáveis pelo tratamento e pelo sofrimento causado à família.

Frente à sobrecarga de emoções e significados que o diagnóstico de câncer provoca, é importante que apoio psicológico seja oferecido tanto ao paciente quanto a seus familiares, estabelecendo cuidados que promovam a qualidade de vida por meio do alívio do sofrimento inerente à situação. Tendo a qualidade de vida como resultado de múltiplos fatores, o tratamento medicamentoso pode ser mais eficaz no controle da doença se as condições psicológicas dos pacientes forem melhores.

Referências

- Aizer, A. A., Chen, M., McCarthy, E. P., Mendu, M. L., Koo, S., Wilhite, T. J., et al.(2013). Marital status and survival in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 31(31), 3869-3876.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (70a ed) Lisboa.
- Bernal, I. L.(2003) La familia em la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*, 29(1), 48-51.
- Bielemann, V. L. M. (2003). A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. *Rev Bras Enferm*, 56(2),133-137.
- Borges, A. D. V. S., Silva, E. F., Tonioll, P. B., Mazer, S. M., Valle, E. R. M., & Santos, M. A. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11(2), 361-369.
- Caetano, J. P. M., Fernandes, M. V., Marcon, S. S., & Decesaro, M. N. (2011). Refletindo sobre as relações familiares e os sentimentos aflorados no enfrentamento da doença crônica. *Cienc Cuid Saude*, 10(4), 845-852.
- Ferreira, V. R. T., Müller, M. C., & Jorge, H. Z. (2006). Dinâmica das relações em famílias com um membro portador de dermatite atópica: um estudo qualitativo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11(3), 617-625.
- Ferreira, N. M. L., Dupas, G., Costa, D. B., & Sanchez, K. O. L. (2010). Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Cienc Cuid Saude*, 9(2), 269-277.
- Guerrero, G. P., Zago, M. M. F., Sawada, N. O., & Pinto, M. H. (2011). Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev. Bras. Enfermagem*, 64(1), 53-59.

Instituto Nacional Do Câncer. *Câncer*. Recuperado em 27 de julho, 2013, de www.inca.gov.br.

Fráguas, A. M. (2009) Famílias e transtornos alimentares. In: Osorio, L. C., & Valle, M. E. (orgs.). *Manual de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.

Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista. Bioética*, 22(1), 94-104.

Lidchi, V., & Einsenstein, E. (2004). Adolescentes e famílias no contexto médico. In: Mello Filho, J., & Burd, M (orgs.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mello Filho, J. (2004). Doença e família. In: Mello Filho, J., & Burd, M (orgs.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2007). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.

Monteiro, C. F. S., Veloso, L. U. P., Sousa, P. C. B., & Moraes, S. C. R. V. (2008). A vivência familiar diante do adoecimento e tratamento de crianças e adolescentes com leucemia linfóide aguda. *Cogitare Enferm*, 13(4), 484-489.

Moraes, M. C. (2003). O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: Carvalho, M. M. M. J (org). *Introdução à Psiconcologia*. Campinas, SP: Livro Pleno.

Nascimento, L. C., Rocha, S. M. M., & Hayes, V. E. (2005). Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Texto Contexto Enferm*, 14(2), 280-286.

Reis e Silva, D. (2009). Famílias e situações de luto. In: Osorio, L. C., & Valle, M. E (orgs.). *Manual de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.

Rolland, J. S. (2011). Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: Carter, B., & McGoldrick, M (orgs). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2a ed). Porto Alegre: Artmed.

Rossi, L., & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.

Santos, M. C. L., Horta, B. L., Amaral, J. J. F., Branco, P. F. C., Fernandes, C., Galvão, C. M., et al. (2009). Association between stress and breast cancer in women: a meta-analysis. *Cad. Saúde pública*, 25(3), s453-s463.

Souza, L. M., & Gorini, M. I. P. C. (2006). Diagnósticos de enfermagem em adultos com leucemia mielóide aguda. *Rev. Gaúcha Enferm*, 27(3), 417-425.

Tavares, J. S. C., & Trad, L. A. B. (2005). Metáforas e significações do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cad. Saúde Pública*, 21(2), 426-435.

Os autores:

Kamila Costa Panissi é psicóloga pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. E.mail: kamilapanissi@yahoo.com.br

Cibele Alves Chapadeiro é professora doutora do curso de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM. E.mail: cibelechapadeiro@psicologia.uftm.edu.br

Leonardo Rodrigues de Oliveira é médico hematologista e hemoterapeuta do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E.mail: leonardorodoli@hotmail.com