



**Bárbara Martins Soares Cruz
Larissa Louise Campanholi
(Organizadoras)**

A Residência Multiprofissional em Oncologia



**Bárbara Martins Soares Cruz
Larissa Louise Campanholi
(Organizadoras)**

A Residência Multiprofissional em Oncologia

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Karine de Lima
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof^a Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^a Dr^a Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
R433	A residência multiprofissional em oncologia [recurso eletrônico] / Organizadoras Bárbara Martins Soares Cruz, Larissa Louise Campanholi. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-872-4 DOI 10.22533/at.ed.724192312 1. Oncologia. I. Cruz, Bárbara Martins Soares. II. Campanholi, Larissa Louise. CDD 616.992
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Residência Multiprofissional em Oncologia” é uma obra que tem como foco principal a experiência agregada à ciência através de trabalhos que compõe seus capítulos. Os volumes abordarão de forma categorizada os trabalhos, pesquisas, relatos de casos, relatos de experiência e/ou revisões que permearam a experiência adquirida nos programas de residência multiprofissional que tem como objetivo construir competências compartilhadas para o cuidado em saúde, por meio da ação articulada entre diferentes profissionais, tendo como base fundamental os Princípios e Diretrizes do SUS.

O objetivo foi apresentar de forma clara estudos desenvolvidos em programas de residências multiprofissionais do país. Em todos os trabalhos o foco foram vivências evidenciadas e transformadas em artigos científicos.

Diversos temas foram apresentados aqui com a proposta de fomentar o conhecimento de acadêmicos e profissionais e de alguma forma estimular a participação nos programas de residência.

Deste modo a obra Residência Multiprofissional em Oncologia apresenta uma teoria bem fundamentada nos resultados práticos obtidos pelos diversos professores e acadêmicos que arduamente desenvolveram seus trabalhos que aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Bárbara Martins Soares Cruz
Larissa Louise Campanholi

SUMÁRIO

INTERVENCIONISTAS

CAPÍTULO 1 1

ANÁLISE DE CUSTO E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USO DE TRASTUZUMABE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO

Rosali Maria Ferreira da Silva
Rayanne Vitória Oliveira da Costa Tavares
Aracelly França Luis
Alba Tatiana Serafim do Nascimento Dimech
José de Arimatéa Rocha Filho
Juvanier Romão Cruz
Douglas Tavares de Albuquerque
Maria Joanellys dos Santos Lima
Thâmara Carollyne de Luna Rocha
Williana Tôrres Vilela
Pedro José Rolim Neto

DOI 10.22533/at.ed.7241923121

CAPÍTULO 2 14

AValiação DA EFETIVIDADE DOS CURATIVOS DE DEISCÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA DE CIRURGIA POR CâNCER DE MAMA

Adrielle Oliveira Azevedo de Almeida
Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos
Juliana Cunha Maia
Altamira Mendonça Félix Gomes
Régia Christina Moura Barbosa Castro
Ana Fátima Carvalho Fernandes

DOI 10.22533/at.ed.7241923122

RELATOS DE CASO

CAPÍTULO 3 21

CARCINOMA HEPATOCELULAR EM PACIENTE JOVEM SEM FATORES DE RISCO - RELATO DE CASO

Gabriela Andrade Dias de Oliveira
Elizabeth Araujo Dias Silva
Luciana Ferreira Alves
Maria Luiza Tabosa de Carvalho Galvão
Caio César Maia Lopes
Vitória Maia Pereira Albuquerque
Leila Coutinho Taguchi

DOI 10.22533/at.ed.7241923123

CAPÍTULO 4 29

IMPORTÂNCIA DA COLONOSCOPIA DE SCREENING COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO DE RETO

DOI 10.22533/at.ed.7241923124

CAPÍTULO 5 31

PERCEPÇÃO DA PERDA DE CABELOS EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDOS AOS PROTOCOLOS QUIMIOTERÁPICOS ACT, AC E TC EM USO DE RESFRIAMENTO CAPILAR

Letícia Noelle Corbo
Adriana Serra Cypriano
Isabel Ordalia Ribeiro de Castro

DOI 10.22533/at.ed.7241923125

CAPÍTULO 6 41

RELATO DE CASO:REMISSÃO TOTAL POR TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DE RECIDIVA AGRESSIVA DE ADENOCARCINOMA-ENDOMETRIOIDE PÓS CIRURGIA

Arthur Didier Marques
Miguel Xavier Bezerra Barbossa
Maria Tereza Santiago Saeger
Michael Billy dos Anjos Lima
Oséas Nazário de Oliveira Júnior
Eriberto de Queiroz Marques Junior

DOI 10.22533/at.ed.7241923126

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

CAPÍTULO 7 45

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO HOSPITALIZADO COM CÂNCER: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mariana dos Santos
Natalya Lima de Vasconcelos
Chanthelly Lurian Medeiros de Paula
Mayara de Lucena Rangel
Thayenne Cruz Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.7241923127

CAPÍTULO 8 51

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E CÂNCER

Clícia Valim Côrtes Gradim
Bianca Maria Oliveira Luvisaro

DOI 10.22533/at.ed.7241923128

REVISÕES

CAPÍTULO 9 56

A EXPERIÊNCIA DE ADOECER DE CÂNCER E O PROJETO DE SER

Fabíola Langaro
Daniela Ribeiro Schneider

DOI 10.22533/at.ed.7241923129

CAPÍTULO 10 67

IMUNOTERAPIA: NO TRATAMENTO DO CÂNCER

Raimunda Leite de Alencar Neta
Ingridy Michely Gadelha do Nascimento
Thiago Antunes Adriano de Andrade
Gislayne Tacyana dos Santos Lucena

DOI 10.22533/at.ed.72419231210

CAPÍTULO 11	77
CARACTERÍSTICAS E TERAPÊUTICA DO TUMOR BORDERLINE DE OVÁRIO	
Ingridy Michely Gadelha do Nascimento	
Raimunda Leite de Alencar Neta	
Maria Iranilda Silva Magalhães	
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa	
Yuri Charllub Pereira Bezerra	
Patrícia Peixoto Custódio	
Maria Alciene Saraiva de Souza	
DOI 10.22533/at.ed.72419231211	
CAPÍTULO 12	85
OSTEOSSARCOMA E FISIOTERAPIA	
Bruna Reguim de Brito	
Matheus Henrique Silva Souza	
Gabriela Resende Yanagihara	
DOI 10.22533/at.ed.72419231212	
SOBRE AS ORGANIZADORAS	95
ÍNDICE REMISSIVO	96

A EXPERIÊNCIA DE ADOECER DE CÂNCER E O PROJETO DE SER

Fabíola Langaro

Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Daniela Ribeiro Schneider

Psicóloga, Pós-Doutora em Psicologia; Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina – Coordenadora do Núcleo de Pesquisas em Psicologia Clínica – PSICLIN.

O termo câncer advém do grego *karkinos* e do latim *cancer*, significando “caranguejo”, simbolicamente pela semelhança entre as veias entumecidas de um tumor e as pernas do animal, fazendo também menção às características de imprevisibilidade e capacidade de aprisionamento (Chiattonne, 2009). Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2016), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, essas células tendem a ser agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores.

As causas de cânceres são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambos os fatores inter-relacionados. As causas

externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estando ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (INCA, 2016).

O tratamento de uma doença com risco de vida como o câncer com frequência implica grande sofrimento, desde exames invasivos, efeitos colaterais desagradáveis até operações mutiladoras. Apesar dos avanços nas terapêuticas e da crescente possibilidade de cura ou controle, a doença ainda provoca nos pacientes experiências impactantes, tanto do ponto de vista pessoal como familiar (Scorsolini-Comin, Santos, & Souza, 2009; Silva & Santos, 2008). Os abalos produzidos pelo diagnóstico estão relacionados, entre outros aspectos, ao estigma que esta carrega, incluindo a experiências de dor intensa, mutilações, tratamentos invasivos e com efeitos colaterais diversos, deixando pacientes e familiares com frequência fragilizados (Stolaghi, Evangelista & Camargo, 2008).

Assim, é comum que a descoberta do câncer seja vivenciado pelo paciente e pela família, em um primeiro momento, como uma doença que ameaça a vida, colocando-os diante

da perspectiva da morte (Conceição & Lopes, 2008). A partir disso, a consciência da finitude pode se tornar intensificada, tanto para os pacientes como para os familiares (Ambrosio & Santos, 2011). Conforme destaca Silva (2009, p. 12), “[...] a doença abala as ilusões de permanência no mundo e restringe a escolha entre as possibilidades que se abrem todos os dias ao ser humano”. Para a autora, “[...] o diagnóstico interrompe a ilusão da imortalidade, própria de todos nós” (p. 29).

É, então, frequente que pacientes experimentem sentimentos de fragilidade, angústia, ansiedade, raiva, medo, insegurança, sensação de impotência e pensamentos relacionados à morte a partir da descoberta da doença (Liberato & Carvalho, 2008). O período de tratamentos pode incluir a vivência de efeitos colaterais intensos, fragilizando ainda mais a pessoa, que já está sendo afetada em todas as dimensões de sua existência: orgânica, psicológica, social, estética, cultural, econômica (Silva, 2009; Langaro, Pretto & Cirelli, 2012). Nesse momento, impõe-se ao sujeito a necessidade de lidar com o processo da doença e sua evolução, com a possível presença de dor, tratamentos cirúrgicos que podem implicar mutilações e outros procedimentos médicos invasivos, exames sobre a evolução da doença – que são cercados de expectativas e temores –, perdas relacionadas à autonomia, tensões ligadas à relação com a equipe de saúde, além de mudanças nas relações do paciente com sua família (Liberato & Carvalho, 2008).

Nos casos em que a doença avança e constata-se a impossibilidade de cura, é comum a experiência de sofrimento e desamparo, sensação de abandono, de falta de sentido para a vida e angústia frente à possível dependência de cuidados (Kovács, 2008). Além disso, por vezes o paciente vivencia lutos por diversas perdas: da autonomia, do corpo vivido, da imagem corporal, do lugar social e na família e da possibilidade de não prosseguir em seus planos e sonhos. Enfrentam, dessa forma, um luto antecipatório, visto que diversas perdas vão sendo experienciadas antes da morte (Kovács, 2007).

Em uma perspectiva fenomenológica, é possível pensar que o deparar-se com o adoecimento pode provocar no sujeito uma ruptura com a experiência vivida anteriormente em relação àquela vivida no presente. Essa vivência torna o futuro incerto, visto que evidencia a possibilidade de deixar-de-ser, antes negada ou não percebida (Olivieri, 1985). Nesse sentido, a vivência da doença implica uma ruptura com o campo de possibilidades futuro, que lança o sujeito a uma revisão do projeto-de-ser (Sartre, 1997).

Segundo Schneider (2011), o projeto de ser se caracteriza pela busca do sujeito em realizar plenamente o seu ser, já que está sempre indo em direção ao seu futuro. Não existe indivíduo sem projeto, visto que não ter projeto é ainda ter um projeto, pois em cada posicionamento, em cada comportamento do sujeito existe uma significação que o transcende; cada escolha concreta e empírica designa uma escolha fundamental, ou seja, a realização do projeto de ser. A ação humana, assim, está sempre direcionada ao futuro, para aquilo que o indivíduo ainda não é, pois “[...] o homem, antes de mais

nada, é o que se lança para um futuro, e o que é consciente de se projetar no futuro. O homem é, antes de mais nada, um projeto que se vive subjetivamente [...]” (SARTRE, 1978, p. 12). Sendo este projeto caracterizado por um “desejo de ser”, pode-se, então, pensar que é principalmente a partir deste desejo – especificado em diferentes desejos concretos – que move o sujeito e o orienta no estabelecimento de suas relações com a exterioridade.

Essa relação do sujeito com o seu projeto de ser, quando este se modifica pelo adoecimento e frente à possibilidade concreta de morte, vai constituindo-se pouco a pouco por meio das experiências vividas e das escolhas implicadas em cada uma dessas vivências. Segundo Silva (2009), viver com câncer é experimentar a incerteza constante de que o tratamento pode não conter a doença. Os doentes manifestam um temor de não serem curados, e o projeto existencial é vivenciado com frequência como estando em suspenso. Sendo assim, o projeto de ser é fundamental na compreensão do processo de adoecimento e enfrentamento da morte, pois ele se coloca como condição para que o adoecimento tenha ocorrido da forma como se deu e, ao mesmo tempo, oferta a condição para o sujeito lidar com isso, ressignificar seus sonhos e sua trajetória de vida e se colocar frente à sua própria morte.

PROJETO DE SER FRENTE AO ADOECIMENTO E À MORTE

Segundo Sartre (1997), no sentido ontológico, a liberdade é definidora do ser da realidade humana, pois “[...] é precisamente o nada que é tendo sido no âmago do homem e obriga a realidade humana a fazer-se em vez de ser” (p. 545). Nessa direção, os sujeitos constituem-se a partir de suas escolhas e de ações que estão sempre relacionadas a um projeto, um desejo de ser. Suas escolhas cotidianas relacionam-se a uma escolha fundamental, que os levam a um projeto de ser fundamental, caracterizado pela totalização de ações em curso, que é o ser humano. Nesse projeto, movido por um desejo de ser, pode-se pensar que é principalmente a partir desse desejo – especificado em diferentes desejos concretos – que o ser se move e se orienta no estabelecimento de suas relações no mundo.

A liberdade, para Sartre (1978), é consequência da condição de que o homem é um “ser-no-mundo”, ou seja, é dotado de um corpo e de uma consciência, através dos quais estabelece relações que caracterizam sua existência. É, assim, “em-si” e “para-si”, ou seja, é um corpo, definitivo e sustentado em si mesmo, com sua estrutura e seu funcionamento corporal, e é consciência, na condição de movimento para algo ou como processo de estabelecer “relação a”. A consciência, como liberdade, é também caracterizada por sua intencionalidade, ou seja, por sempre visar ao objeto, sendo que “[...] pela intencionalidade ela transcende-se a si mesma, ela unifica-se escapando-se” (Sartre, 1994, p. 47). Contudo, esse em-si-para-si, como vimos acima, não pode ser concebido separadamente, pois um é a condição de possibilidade do outro, haja vista que o sujeito é uma totalidade psicofísica.

Esforçando-se para colocar “[...] todo homem no domínio do que ele é e de lhe atribuir a total responsabilidade de sua existência [...]” (Sartre, 1978, p. 12), o existencialismo compreende que o indivíduo, ao ser lançado no mundo, é também livre para fazer escolhas, sendo responsável por toda a sua ação. Sua liberdade, no entanto, é situacional, tendo em vista que as escolhas acontecem sempre em meio a uma condição para fazê-las. Além disso, é através de suas ações que os indivíduos se essencializam, ou seja, constroem seu “eu”, conforme descreve Sartre (1978, p. 12): “[...] o homem primeiramente existe, se descobre, surge no mundo; e só depois se define. [...]. O homem não é mais do que o que ele faz”.

Ainda, para Sartre (1978), a ação humana está sempre direcionada ao futuro, para aquilo que o indivíduo ainda não é, pois “[...] o homem, antes de mais nada, é o que se lança para um futuro, e o que é consciente de se projetar no futuro. O homem é, antes de mais nada, um projeto que se vive subjetivamente [...]” (p. 12). Segundo Schneider (2011), o projeto de ser se caracteriza por essa busca do sujeito em realizar plenamente o seu ser, já que está sempre indo em direção ao seu futuro. Não existe indivíduo sem projeto, visto que não ter projeto é ainda ter um projeto, pois em cada posicionamento, em cada comportamento do sujeito existe uma significação que o transcende; cada escolha concreta e empírica designa uma escolha fundamental, ou seja, a realização do projeto de ser.

Finalmente, para Sartre (1978, p. 19), só há realidade na ação: o ser humano “[...] só existe na medida em que se realiza, não é, portanto, nada mais do que o conjunto dos seus atos, nada mais do que a sua vida”. As ações são, por isso, concretas e transcendentais, e mesmo as atividades psíquicas são ações concretas no mundo, participam dele, transformam-no (Schneider, 2011).

Eleger um projeto faz-se, então, uma obrigação ontológica para os sujeitos rumo à humanização. Por ser projeto, o sujeito é definido principalmente por um futuro, visto que ele “[...] se faz no presente, com base num passado e dirigido por um desejo, por aquilo que ainda não é e projeta vir a ser [...]” (Maheirie & Pretto, 2007, p. 458).

Tendo em vista que o homem é apenas em sua existência e torna-se aquilo que fizer de si mesmo, a morte aparece não como uma possibilidade, mas como a “[...] nadificação de todas as minhas possibilidades, nadificação essa que já não mais faz parte de minhas possibilidades”. A morte é, assim, definida como “[...] uma nadificação sempre possível de meus possíveis e que está fora de meus possíveis” (Sartre, 1997, p. 658). Morrer será, então, coincidir consigo mesmo, visto que rompe com a possibilidade de modificar o seu ser na perspectiva do vir-a-ser, quando definitivamente eu sou o que fui, sem possibilidade de modificação. Com isso, é o momento do fim da dialetização, no qual triunfa o ponto de vista do outro sobre o ponto de vista que sou sobre mim mesmo. “Morrer é ser condenado a não existir a não ser pelo outro.” (Sartre, 1997, p. 666).

Na dimensão ontológica do ser humano, a morte é, portanto, um absurdo, por ser a negação da existência e de todos os projetos. “Antes de tudo, devemos sublinhar o

caráter absurdo da morte” (Sartre, 1997, p. 654). Conforme descreve Gois (2003, p. 216),

[...] a liberdade tropeça nos únicos limites que se impõe a si mesma: a morte e o nascimento. A morte é simplesmente um fato puro ou facticidade derivada de minha contingência e ser nada; e, como o nascimento, é afetada do mesmo absurdo. É absurdo que tenhamos nascido, como é absurdo que devamos morrer, esse absurdo se revela como alienação permanente de meu ser-possibilidade que não é já minha possibilidade. É uma espera enganosa, que isenta toda a significação da vida. Eu sou espera de esperas que a morte suprime totalmente; a morte transforma minha vida em destino. Mas não traça limites à minha liberdade. Trata-se, pois, de um limite permanente a meus projetos, e como tal deve ser assumido este limite. Não há no fundo diferença entre a escolha pela qual a liberdade assume sua morte como limite inacessível de sua subjetividade e aquela pela qual escolheu ser liberdade limitada. A consequência é que a morte marca o signo mais claro da negatividade do para-si, que se deve resistir com fria atitude estoica.

Em sua obra *O muro*, Sartre (1982) narra como o personagem principal, ao imaginar que será executado na manhã seguinte, revê toda a sua vida, buscando sentidos ao refletir sobre sua existência. Conforme escreve Sartre (1982, p. 24): “[...] no estado em que me achava, se viessem me avisar que eu poderia voltar tranquilamente para casa, que a minha vida estava salva, ficaria indiferente; algumas horas ou alguns anos de espera dá na mesma, quando se perdeu a ilusão de ser eterno”.

Ao descrever o processo de adoecimento e morte de sua mãe, Beauvoir (1984, p. 77) retrata as mudanças que ocorreram no modo de sua mãe, e também dela mesma, se apropriarem do mundo, da materialidade, do tempo. Diz ela: “[...] perfumes, casacos de peles, lingerie, joias: luxuosa arrogância de um mundo onde não há lugar para a morte; esta, porém, se ocultava por trás dessas fachadas, no segredo acinzentado das clínicas, dos hospitais, dos quartos fechados. Eu já não conhecia outra verdade”. Em seu sofrimento, descreve seus anseios ao deparar-se com a morte como um fato irrevogável, que modifica inevitavelmente seu modo de estabelecer relações: “[...] é inútil pretendermos integrar a morte na vida e conduzirmo-nos de maneira racional em face de uma coisa que não o é: que cada um se vire como possa na confusão de seus sentimentos” (Beauvoir, 1984, p. 98).

Seus relatos apontam que, não somente sua mãe, mas também ela mesma, a partir do diagnóstico de uma doença grave, viram-se lançadas frente à necessidade de reformulação de seu projeto de ser. As vivências que se desenrolaram a partir daí – a hospitalização, a degradação do corpo, a perda do controle sobre si mesma, a dor – modificaram seu passado, seu presente e seu futuro, trazendo outros contornos para aquilo que viviam até então. Relata Beauvoir (1984, p. 46) que as lembranças de sua mãe, “[...] seus desejos, suas preocupações, flutuavam fora do tempo, transformados em sonhos irrealis e pungentes por sua voz pueril e pela iminência de sua morte”.

Assim, as alterações no contexto ontológico, sociológico e antropológico impostas pela doença provocam alterações em suas perspectivas psicológicas e existenciais. Isso ocorre porque o sujeito se objetiva e se apropria dos arranjos sociológicos com os

quais convive, subjetivando-se neles e por eles, sendo justamente nessas condições que se constitui a experiência de ser quem é, que o orienta em seu movimento no mundo e que resulta em determinada dinâmica-de-ser ou dinâmica psicológica (Schneider, 2006). Por dinâmica psicológica compreende-se:

[...] articulação de um conjunto de ocorrências objetivas, fruto das escolhas livres do sujeito, mas a forma como o sujeito se sabe sendo nessas situações não é simplesmente fruto de sua escolha, mas a imposição de um teorema, que advém dos arranjos sociológicos com os quais convive e que são apropriados ativamente pelo sujeito. (Schneider, 2006, p. 308).

Na medida em que a morte é a “[...] nadificação de todas as minhas possibilidades [...]” (Sartre, 1997), o que pode significar para o sujeito defrontar-se com o seu adoecimento grave e com os indicativos de uma morte que se anuncia? Como é para o sujeito que, queira ou não queira, se move em direção ao seu futuro, confrontar-se com a possibilidade da ruptura desse vir-a-ser?

Conforme descreve Beauvoir (1984, pp. 61-62), acompanhar sua mãe doente fez compreender “[...] por minha própria conta, até à medula de meus ossos, que nos derradeiros momentos de um moribundo pode encerrar-se o absoluto”. Considerando a dureza desse evento, que se impôs à sua mãe, bem como aos seus familiares, apesar de seus esforços para afastá-lo, adiá-lo e mesmo impedi-lo, inutilmente, destaca: “[...] trabalho duro o de morrer, quando se ama tanto a vida” (p. 79). “Mamãe amava a vida como eu a amo e sentia diante da morte a mesma revolta que eu.” (Beauvoir, 1984, p. 91).

Assim, para Beauvoir (1984), essa experiência foi cercada de silêncio e solidão. A atmosfera e o contexto de cuidados que se estabeleceram fizeram com que tivesse uma experiência dolorosa, de certo desespero, de um sentimento de impotência e dúvidas. “Isso era tão esperado e tão inconcebível, esse cadáver deitado sobre a cama no lugar de mamãe. Sua mão, sua fronte, estavam frios. Ainda era ela e sempre a sua ausência.” (Beauvoir, 1984, p. 86).

Eis aqui o reflexo de uma sociedade que nega a morte e recusa, ao doente e à família, o direito de viver o processo da morte como algo ainda a ser vivido, experienciado, acrescentado ao projeto de ser. Para Morin (1997), as ciências do ser humano negligenciam a morte, apesar de a espécie humana ser a única para a qual a morte está presente ao longo da vida, a única a acompanhar a morte com um ritual funerário, a única a crer na sobrevivência ou no renascimento dos mortos. Conforme destaca Freitas (2013, p. 98):

[...] questões existenciais como a transitoriedade da vida, a efemeridade, a angústia, inerentes ao processo da morte e do morrer, são frequentemente evitadas. [...] A efemeridade da existência e sua marca fundamental, a angústia, são deslocadas da experiência vivida para o silêncio do tabu ou para o espetáculo do bizarro, como se sua ocorrência fosse um acidente estranho e evitável. [...] Esquecemos que à medida que avançamos no tempo, somos pelo próprio tempo, chamados ao risco

Para o ser humano, o ato de morrer, além de um fenômeno biológico, contém uma dimensão simbólica. Como tal, a morte apresenta-se carregada de valores e significados dependentes do contexto sociocultural e histórico em que se manifesta (Combinato & Queiroz, 2006). As religiões e a filosofia há muito questionam e tentam explicar a origem e o destino do ser humano. Por tradição cultural, familiar ou por investigação pessoal, cada um constrói sua própria representação da morte (Kovács, 2010).

Assim, desde sua origem, a humanidade depara-se com o fenômeno da morte. Há registros de rituais e homenagens aos mortos desde a pré-história, relacionados principalmente à crença de que a morte seria uma transição da terra dos vivos para o mundo dos mortos (Santos, 2007). Na Idade Média, no Ocidente, tempo da “morte domada”, os doentes sabiam quando iam morrer e, ao pressentirem sua morte, realizavam seus rituais de despedida em casa, praticavam o lamento pela vida, o pedido de perdão. Em cerimônias com familiares e conhecidos, inclusive as crianças, aguardava-se a morte, de forma simples e sem caráter dramático. Nessa, que era considerada a “boa morte”, os enterros se davam fora das cidades e a crença geral era de que os mortos dormiam aguardando o Juízo Final (Ariès, 2012).

Porém, nos séculos XIX e XX, em decorrência da crescente evolução da medicina e de mudanças de vida nas sociedades ocidentais modernas, a morte passou a ser considerada inconveniente, fracasso da ciência e da tecnologia, devendo, pois, ser ocultada. Nesse cenário, a melancolia trazida pela presença da morte faz com que a sociedade a veja como um mal, tentando não pensar nela e no quanto ela é inerente à vida. A morte torna-se, então, um assunto a ser evitado, sendo condenadas as expressões da dor, atribuindo-lhe qualidade de fraqueza. Os rituais adotados acabam por negá-la e afastá-la, bem como por suprimir os processos de luto (Ariès, 2012).

Em consequência disso:

[...] a morte não é apenas afastada da atmosfera social e do discurso acadêmico, mas também do cotidiano das famílias e seus moribundos – que nos dias atuais, morrem nos hospitais, privados de maiores informações e possibilidades de decisão a respeito de sua própria vida, sem autonomia. (Freitas, 2013, p. 98).

Portanto, de um tempo em que a morte e os rituais funerários ocorriam em casa, de portas abertas, com a participação das comunidades, e os enterros realizados em locais centrais nas cidades, passou-se a um momento em que a morte acontece nos hospitais, longe da família, em que os rituais são cada vez mais curtos, e os enterros – quando ocorrem – são realizados em lugares cada vez mais distantes aos olhos (Ariès, 2012). Isso faz com que os sujeitos, quando na espontaneidade do cotidiano, vivam a experiência da morte como algo distante, estranho a si mesmos. Nesse processo, também o desenvolvimento técnico-científico, que possibilita a cura de pacientes antes

considerados irrecuperáveis, contribuí grandemente para o distanciamento da morte, que passou a ser vivida como algo “extraordinário”.

Diante, então, do fato de que a morte se impõe – como realidade, como algo que não poderá ser modificado –, calar-se, esquivar-se, fingir que ela não está já ocorrendo parece ser uma saída, embora trôpega, diante da dificuldade em observá-la, encará-la, vivenciá-la. Ninguém quer viver a morte, ninguém deseja passar por ela – mesmo que este seja um evento intransponível para os vivos.

Por vezes, deparar-se com a anúncio da morte iminente pode remeter o sujeito para a retomada de sua própria história, para os acontecimentos vividos, para os laços com seus entes queridos, como uma forma de dar sentido a esse fim que se aproxima e dar valor à vida vivida. Estando frente à morte como uma realidade próxima, um fato, o sujeito constata sua finitude, ou seja, depara-se com a possibilidade concreta de não-ser-mais-aí no mundo, buscando dar um sentido ao fato de sua existência ser limitada. Pode ser um momento do resgate dessa história, sendo gratificante olhar a sua trajetória e reconhecer-se nela, valorizar suas conquistas e os outros que compartilharam esse caminho. Assim, há muitos que dizem sentir-se satisfeitos com o caminho construído, com a história trilhada, com o projeto de ser tendo sido viabilizado. Porém, ainda que vejam a morte que se aproxima como algo que faz parte da vida, é possível que, ao mesmo tempo, sintam que deixar de viver pode ser difícil e amedrontador por perder o sabor da vida, por ter de deixar para trás e cortar a ligação com os entes queridos, com a possibilidade de continuar sendo, de continuar concretizando sua ação no mundo e passar a viver somente pela lembrança dos que ficam.

Para outros, a retomada de sua história pode ser um fardo, em função do peso dos acontecimentos vividos e da condição da apropriação deles. Deixar de viver passa também a ser difícil por questionar-se sobre o sentido da vida e sobre o que vai levar ou deixar dessa experiência. Ou, ainda, pela constatação de que se viveu uma vida sendo para-o-outro, uma vida inautêntica, sem que tivesse, efetivamente, tomado seu projeto de ser em suas mãos (Sartre, 1997). Há, portanto, aqueles que acreditam que muito haveria por ser feito ainda, para quem a morte parece sempre, a qualquer tempo, ocorrer prematuramente. É, justamente, a dor pela ruptura do projeto de ser, quando este não foi tomado com afinco, mas vivido em uma espontaneidade que sempre adia sua realização.

Importante lembrar que esse processo de reformulação do projeto de ser dependerá não somente da história construída pelos sujeitos ao longo de sua existência e de sua dinâmica psicológica, mas também das mediações às quais estiver exposto no momento de seu adoecimento e do processo de morte. Nesse sentido, adoecer gravemente e, em algum momento da trajetória do adoecimento, saber de sua impossibilidade de cura geram impactos particulares no projeto de ser dos sujeitos e de seus familiares.

Além disso, também as equipes de saúde serão importantes agentes nesse processo de reformulação das vivências de quem adoecer. Dessa forma, também

devem estabelecer a reflexão acerca de como compreendem a morte, para oferecer tanto dignidade nas práticas de cuidado, como mediação para viabilizar os projetos de ser dos sujeitos que adoecem e seus familiares, garantindo que sejam ouvidos em seus desejos e compreendidos em seus anseios. Não se pode garantir que haverá êxito em todas essas ações; porém, é importante avaliar que haverá esforço e atuação conjunta nesse mesmo sentido, como projeto comum, compartilhado por pacientes, familiares e profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar o processo de adoecimento de câncer, observa-se que o diagnóstico frequentemente gera consideráveis impactos nos doentes em relação ao seu projeto de ser. Tendo sua vida atravessada pelo adoecimento, a experiência de ser quem se é pode ser interrompida pelas rotinas de tratamentos, cirurgias, hospitalização, afastados de seu cotidiano e das atividades sociais, de trabalho, de lazer.

Nesse processo, o adoecimento e a perspectiva de morte alteram passado-presente-futuro de cada sujeito. Este é, geralmente, um tempo de produzir sínteses de sua própria história, retomando os desejos realizados e os não realizados, redimensionando-os, para recolocar-se como sujeito frente ao seu próprio ser. Para os pacientes sem perspectiva de cura, é ainda importante considerar que saber que a morte vai ocorrer em consequência do adoecimento não impede que as pessoas continuem tendo esperança. Pelo contrário: é o olhar para o futuro que permite que a vida continue acontecendo, visto que somos vir-a-ser em nosso modo constitutivo de ser sujeitos.

Assim, é importante compreender que, ainda que haja muitos modos de vivê-la, a morte se impõe como aquilo que faz o sujeito voltar-se para sua história e rever aquilo que fez de sua vida, justamente porque ela representa a condição objetiva de ruptura do projeto de ser, retirando da vida, em termos ontológicos, seu significado. Em termos psicológicos, contudo, é a vida que deve ser cuidada. É nela e por meio dela que se podem ampliar horizontes de possibilidades e escolhas, de viabilizações de projetos, de desejos e relações, até que a morte venha efetivamente retirar dela todas as possibilidades. Ao considerar que somos sempre em relação, portanto, é possível pensar que o caminho até a morte pode ser compartilhado, visto que não é somente a morte que importa, mas o processo de morrer.

Ao mesmo tempo, é observar que significativas mudanças podem ainda se operar: sendo um eterno vir-a-ser, a doença e a morte podem ser razões para que pessoas e famílias reorganizem suas relações, modifiquem suas experiências e seus projetos de ser, mudando também seu modo de estar no mundo. Entretanto, essas mudanças não são da ordem do “dever-ser”, mas do “poder-ser”. São, assim, possibilidades que se abrem quando as pessoas que adoecem encontram amparo, apoio e continência e quando esses desejos aparecem no horizonte de seu ser.

Neste cenário, o existencialismo e a fenomenologia mostraram-se ferramentas potentes, tanto para a investigação e compreensão dos processos relacionados ao adoecimento e morte, como para intervenções no campo dos cuidados paliativos. A ênfase em conhecer a história de vida de cada sujeito e sua rede de relações, o modo como o adoecer e a perspectiva de morte são vividos na biografia de cada pessoa, bem como o foco em privilegiar a vida a ser vivida, o futuro ainda existente e o projeto de ser que ainda se realiza são a base para as ações no final da vida.

REFERÊNCIAS

- Ariès, P. (2012). *História da morte no ocidente* (P. V. Siqueira, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Texto original publicado em 1977).
- Beauvoir, S. (1984). *Uma morte muito suave*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Texto original publicado em 1964).
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. de S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 209-216.
- Conceição, L. L., & Lopes, R. L. M. (2008). O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. *Revista Enfermagem UERJ*, 16(1), 26-31.
- Freitas, J. de L. (2013). Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, XIX, 97-105.
- Gois, C. (2010). Sartre e a Psicanálise Existencial. *Princípios Revista de Filosofia*, 10(13-14), 207-217.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2016). *Coordenação de Prevenção e Vigilância. Câncer*. Recuperado em 22 de maio de 2016, de <http://www2.inca.gov.br/>.
- Kovács, M. J. (2007). Perdas e o processo de luto. In D. Incontri, & F. S. Santos (Orgs.), *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Comenius (pp. 217-238).
- Kovács, M. J. (2008). Aproximação da morte. In V. A. Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus (pp. 388-397).
- Kovács, M. J. (2010). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo.
- Liberato, R. P., & Carvalho, V. A. de (2008). Terapias integradas à oncologia. In V. A. de Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus (pp. 351-357).
- Langaro, F., Pretto, Z., & Cirelli, B. G. (2012). Câncer e o sujeito em psicoterapia: horizontes de trabalho na perspectiva existencialista de Jean-Paul Sartre. *Psicologia Clínica*, 24(2), 127-146.
- Maheirie, K., & Pretto, Z. (2007). O movimento progressivo-regressivo na dialética universal e singular. *Revista do Departamento de Psicologia. UFF*, 19(2), 455-462.
- Morin, E. (1997). *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago.
- Olivieri, D. P. (1985). *O Ser Doente*. São Paulo: Ed. Moraes.
- Santos, F. S. (2007). Perspectivas histórico-culturais da morte. In D. Incontri, & F. S. Santos, (Orgs.). A

arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista: Comenius (pp. 13-25).

Sartre, J-P. (1978) O existencialismo é um humanismo (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural. (Texto original publicado em 1946).

Sartre, J-P. (1982). O muro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Texto original publicado em 1939).

Sartre, J-P. (1994). A Transcendência do Ego. Lisboa: Colibri. (Texto original publicado em 1936).

Sartre, J-P. (1997). O Ser e o Nada (14a. ed.). Petrópolis: Vozes. (Texto original publicado em 1943).

Schneider, D. R. (2006). Novas perspectivas para a psicologia clínica a partir das contribuições de J. P. Sartre. *Interação em Psicologia* (Curitiba), 10 (1), 101-112.

Schneider, D. R. (2011). Sartre e a Psicologia Clínica. Florianópolis: Ed. da UFSC.

Scorsolini-Comin, F., Santos, M. A. dos, & Souza, L. V. e. (2009). Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. *Estudos de Psicologia* (Natal), 14(1), 41-50.

Silva, G. da, & Santos, M. A. dos (2008). “Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama [Versão eletrônica]. *Texto contexto: enferm.*, 17(3), 561-568.

Silva, L. C. da. (2009). O cuidado na vivência do doente de câncer: uma compreensão fenomenológica. Maringá: Eduem.

Stolaghi, V. P., Evangelista, M. R. B., & Camargo, O. P. de (2008). Implicações sociais enfrentadas pelas famílias que possuem pacientes com sarcoma ósseo. *Acta Ortopédica Brasileira*, 16(4), 242-246.

Silva, R. C. F. da, & Hortale, V. A. (2006). Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(10), 2055-2066.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Bárbara Martins Soares Cruz - Fisioterapeuta. Mestre e doutora em Oncologia (A. C. Camargo Cancer Center). Pós-graduada em Fisioterapia em Terapia Intensiva (Inspirar). Pós-graduanda em Fisioterapia Cardiorrespiratória (Inspirar). Linfoterapeuta® (Clínica Angela Marx). Formação em Reequilíbrio Toracoabdominal® - RTA®. Docente na Uni Ateneu (unidade Lagoa de Messejana). Docente na Faculdade Inspirar (unidades Sobral e Teresina).

Larissa Louise Campanholi - Possui graduação em Fisioterapia pelo CESCAGE (2005), pós-graduação em Fisioterapia Cardiorrespiratória pelo CBES (2007), aperfeiçoamento em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal pelo Hospital Pequeno Príncipe (2007), especialista em Fisioterapia em Oncologia pela ABFO/COFFITO (2012), mestrado (2009) e doutorado (2013) em Oncologia pela Fundação Antonio Prudente - A. C. Camargo Cancer Center. Atualmente é fisioterapeuta do Instituto Sul Paranaense de Oncologia (ISPON), docente do curso de Fisioterapia do CESCAGE e de diversas pós-graduações de Oncologia, coordenadora do curso de pós-graduação em Oncologia no IBRATE, Diretora Científica da Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia (ABFO) e membro do comitê de fisioterapia da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adoecer 53, 56, 63, 65
Alopecia 31, 32, 33, 34, 38, 39, 40
Assistência Integral à Saúde 45
Atuação Fisioterapêutica 85, 93
Avastin 41, 42, 43

C

Câncer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 31, 32, 33, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 77, 79, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 91, 93, 94
Câncer de Mama 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 31, 32, 33, 38, 39, 52, 53, 54, 66, 75, 81
Carcinoma Endometriode 42
Carcinoma epitelial do ovário 78
Carcinoma hepatocelular 21, 22
Colonoscopia de screening 29

D

Deiscência de Ferida Operatória 14

E

Enfermagem 14, 17, 19, 20, 31, 50, 65

F

Fisioterapia 12, 85, 87, 93, 94, 95

H

Hospitalização 45, 49, 60, 64

I

Idoso 45, 46, 47, 48, 49, 50
Imunoterapia 67, 69, 70, 72, 73, 74, 75
Internato 51

N

Neoplasia 6, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 33, 41, 42, 51, 73, 79, 82
Neoplasia da Mama 14, 15
Neoplasias Endométrio 42
Neoplasias ovarianas 77, 78, 79, 80

O

Oncologia 12, 14, 21, 22, 27, 29, 31, 34, 38, 39, 40, 41, 45, 51, 56, 65, 67, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 82, 85, 87, 92, 95

P

Palição 22

Perfil Epidemiológico 1, 2, 11, 12

Projeto de ser 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65

R

Recidiva 41, 42, 43, 44, 67

Remissão 41, 42, 43

Residência 7, 14, 21, 29, 31, 41, 45, 47, 51, 54, 56, 67, 77, 85

S

Sarcoma Osteogénico 85, 87

Saúde pública 50, 66, 67, 68, 87

T

Terapêutica 25, 27, 29, 69, 74, 77, 78, 82, 83, 92

Trastuzumabe 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

Tratamento de Feridas 14, 19, 20

Tumor neuroendócrino de reto 29

V

Violência 51, 52, 53, 54, 55

