

## Una prueba de fuego: La experiencia del paciente oncológico que hace el tratamiento fuera de su domicilio

### A litmus test: the experience of cancer patients doing the treatment outside their home

Cibeli dos Santos, Noely <sup>1</sup> & Barros Fonseca, Claudio Júnior <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Diretora Acadêmica, Gleba Paissandu, Ivatuba, 1528, Brail

<sup>2</sup>Acadêmico do Curso de Enfermagem, Gleba Paissandu, Ivatuba, 1528, Brail

Recibido 8 de enero del 2014 - Aceptado 26 de mayo del 2014

---

#### Resumen

La ocurrencia de cáncer en Brasil y en el mundo sigue aumentando, trayendo alteraciones en la vida cotidiana que interfieren en la esfera biopsicosocial y espiritual del paciente. Un factor importante para quien tiene la dolencia es la necesidad de realizar el tratamiento en otra ciudad. El objetivo de la investigación fue conocer la experiencia de los pacientes oncológicos que realizaron el tratamiento fuera de su domicilio. El método utilizado fue de carácter descriptivo y exploratorio con abordaje cualitativo. Participaron ocho pacientes con cáncer que estaban realizando el tratamiento fuera de su domicilio, con edad entre 18 y 65 años, hospedados en la Casa de Apoyo de la Red Femenina de Combate al Cáncer. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas pre-estructuradas y los datos recolectados fueron sometidos por el método de análisis de contenidos, que reveló 109 unidades de significado que convergieron en cinco subcategorías, catorce categorías y cuatro unidades temáticas: impacto inicial de la dolencia; impacto del tratamiento fuera del domicilio; la experiencia del tratamiento fuera del domicilio; convivencia en la casa de apoyo. Los resultados revelaron que el impacto inicial de la dolencia deja al individuo muy abatido emocionalmente, seguido de soporte obtenido por medio de confianza en Dios, apoyo del equipo médico, familia, amigos y casa de apoyo, lo que resultó en el enfrentamiento de la dolencia. Lo esperado en esta investigación era encontrar solo sentimientos negativos, dificultades y un obstáculo insuperable. No obstante, las ganas de vivir, el apoyo de la familia y de los amigos, el incentivo de los médicos y de los demás miembros del equipo fortalecieron a estos participantes en su lucha por la supervivencia.

**Palabras clave:** Enfermería oncológica, calidad de vida, adhesión al tratamiento, cáncer, red femenina.

#### Abstract

The occurrence of cancer in Brazil and the world continues to increase, bringing changes in everyday life that interfere with the biopsychosocial and spiritual sphere of the patient. An important factor having the disease is the need for treatment in another city. The aim of the research was to understand the experience of cancer patients undergoing treatment outside their home. The methodology used was descriptive and exploratory qualitative study. Participants eight patients with cancer treatment were doing outside their home, aged 18 and 65, hosted at the House of Support of Women's Network Against Cancer. The gathering of data was performed by pre-structured interviews and the analysis of the information we opted for content analysis, which revealed 109 units of meaning that converged into five subcategories, fourteen categories and four thematic units: initial impact of the illness; impact of treatment outside the home; the treatment experience outside the home; living in the house for support. The results showed that the initial impact of the illness leaves the individual very depressed emotionally, followed by support obtained through trust in God, support the medical team, family, friends and home support, which resulted in the confrontation of the illness. Expected in this research was to find only negative feelings, difficulties and an insurmountable obstacle. However, the desire to live, support from family and friends, the incentive for physicians and other team members strengthened these participants in their fight for survival.

**Keywords:** Oncology nursing, quality of life, treatment adherence.

---

Correspondencia al autor

E-mail: noely\_cibeli@uol.com.br

## Introducción

En la actualidad, el cáncer aparece como una de las principales causas de mortalidad en el mundo, mereciendo especial atención por parte de los profesionales de la salud para disminuir el sufrimiento. En Brasil se estima que, para el año 2013, ocurrirán aproximadamente 518.510 nuevos casos de cáncer (INCA, 2011). Recibir el diagnóstico de cáncer, dependiendo de la fase en que se encuentra y el tipo de tumor, puede alterar permanentemente la vida del paciente, causando alteraciones físicas, sociales y emocionales, provocando un gran impacto multifactorial (Makluf, Dias & Barra, 2006; Silva & Santos, 2008).

De acuerdo a Anjos & Sago (2006), la adhesión al tratamiento oncológico puede redundar en papeles sociales alterados, dificultad en el mantenimiento de las finanzas y la relación familiar. Los efectos colaterales, según Paiva (2006), también existen, siendo: náusea, vómito, diarrea, fatiga, anorexia, constipación, mucosidad, caída del pelo, pérdida del apetito, y dolor al tragar. Todas esas consecuencias pueden llevar, al paciente, a sentirse impotente para reaccionar y luchar para sobrevivir.

En una crisis vital como “tener cáncer”, el individuo y la familia pasan a vivir nuevas situaciones que exigen redefiniciones, formas de enfrentar, mudanzas en el funcionamiento familiar y períodos extensos de adaptación (Gianini, 2007).

En este contexto se puede incrementar una característica más a la experiencia del paciente con cáncer, que es la necesidad de realizar el tratamiento en un centro especializado de otra ciudad y enfrentar horas de viaje, no poder volver para casa después del tratamiento y permanecer en un ambiente distinto del habitual con personas desconocidas.

Esta investigación tuvo como objetivo conocer la experiencia de pacientes oncológicos que realizan tratamiento fuera de su domicilio.

## Método

Fue realizada una investigación exploratoria, descriptiva y de naturaleza cualitativa. Los datos fueron recolectados en la Casa de Apoyo de la Red Femenina de Combate al Cáncer, que hospeda a los pacientes y familiares que viven en ciudades de la región.

Hicieron parte de este estudio ocho pacientes con cáncer que realizaban un tratamiento fuera de su domicilio con edad entre 18 y 65 años.

El criterio utilizado en la muestra es la saturación aplicada, a fin de establecer o cerrar el tamaño final de una muestra en estudio, interrumpiendo la captación de nuevos componentes (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

Los datos fueron obtenidos a través de la técnica de entrevista preestructurada, y para el análisis se escogió la técnica análisis de contenido de acuerdo a Baridin (1977).

Durante la lectura, los significados que se destacaban, y que respondían directa o indirectamente a las cuestiones propuestas, eran escritos en letra grifa y destacados al margen. Se buscó, entonces, identificar los significados que eran más comunes y que aparecían con más frecuencia, inicialmente en cada discurso, y posteriormente en la comparación con aquellos que emergían en los demás discursos. Para los significados que eran comunes fue establecida una codificación, que fue llamada unidad de significado.

Las unidades de significado fueron analizadas a la luz de las indagaciones propuestas, siempre reportándose al texto y, entonces, convergieron en unidades temáticas.

Atendiendo a la resolución 196/96 que reglamenta la investigación con seres humanos, el proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa Envolviendo Seres Humanos de la Facultad Ingá, registro de pesquisa número 0130/11.

## Resultados

El análisis de contenido reveló 109 unidades de significados que convergieron en cinco subcategorías, catorce categorías y cuatro unidades temáticas: impacto inicial de la dolencia; impacto del tratamiento fuera del domicilio; la experiencia del tratamiento fuera del domicilio; convivencia en la casa de apoyo.

**La Unidad Temática – El impacto inicial de la dolencia** - agrupó tres categorías temáticas: Abatimiento, Soporte y Enfrentamiento.

**En la categoría Abatimiento** se observó que los primeros sentimientos al enfrentarse con el diagnóstico

de cáncer fue que se “hundió el piso”, llevando a la desesperación, tristeza, una experiencia muy difícil, que trae sentimiento de muerte inminente, rabia, pues esta condición parece ser una realidad distante. En este momento otras cuestiones aparecen, como poco conocimiento de la dolencia, la necesidad de diagnóstico médico, la preocupación con la familia y la insatisfacción con la imagen corporal.

*“No fue una buena experiencia, y cuando supe quedé bien desesperada, me faltó el piso” (Entrevistado 4).*

*“El primer día cuando recibí el diagnóstico fue un golpe, fue medio triste, quedé acabada como si fuera a morir ahí” (Entrevistado 6).*

*“Uno siente rabia, se desanima, piensa que todo acabó” (Entrevistado 4).*

La reacción en el momento del diagnóstico de cáncer, según Silva (2005), es uno de los más críticos en la vida de una persona. Interpretaciones diferentes tornan ese momento complejo, pues exigen la reflexión biográfica de cada paciente, una vez que las significaciones son constituidas con base en los conocimientos, valores y creencias vividos a lo largo de sus experiencias personales y sociales que afectan el modo cómo interpretan la situación actual.

**En la categoría Soporte** fueron presentadas como columnas de sustentación en esta difícil experiencia la confianza en Dios y en el equipo médico. Una buena relación con el equipo, la motivación médica aliadas al apoyo familiar y de amigos y el acogimiento en la Casa de Apoyo trae un sentimiento de gratitud a Dios y al equipo.

*“Yo primeramente le pido a Dios que me dé fuerza para ir adelante” (Entrevistado 3).*

*“Influyen dando apoyo los amigos de Engenheiro Beltrão” (Entrevistado 7).*

*“Y hoy solo tengo que levantar las manos y agradecer a Dios y a las personas que cuidan de mí” (Entrevistado 8).*

Barros & Lopes (2007) afirman que el soporte familiar fue importante para que los pacientes pasaran por el proceso de encarar la dolencia y la nueva realidad que enfrentaban. Para los autores, el vínculo con el médico y el equipo parece tener un papel fundamen-

tal, pues gran parte de la confianza en el procedimiento y en la decisión de hacer cualquier método de tratamiento, sea de cirugía, radioterapia y/o quimioterapia se basa en la confianza depositada en ellos.

**La categoría Enfrentamiento** revela que algunos pacientes no presentaron abatimiento, manteniendo cierta tranquilidad, sin preocupaciones, mostrando estar preparados para encarar la nueva realidad. Perciben que están fuertes, estando listos para el tratamiento, teniendo adhesión y disciplina, además del conocimiento de la dolencia, del pensamiento positivo, comprensión de la necesidad de luchar, convicción de que todo puede salir bien. Estimulados por el coraje, todas las fuerzas se dirigen para la voluntad de vencer la dolencia.

*“Si uno se preocupa con la dolencia empeora! Entonces tengo que quedarme tranquilo” (Entrevistado 7).*

*“Todo lo que el doctor pide hago estrictamente, porque tengo que hacer mi parte también” (Entrevistado 4).*

*“Si voy a cirugía estoy preparada. Si debo continuar solo con el tratamiento, estoy preparada” (Entrevistado 3).*

Se notó en los estudios de Lorencetti & Simonetti (2005), que al darse cuenta de la necesidad de tratamiento, los pacientes que presentan el enfrentamiento basado en el problema, relatan haber tenido menor impacto. No dejaron de tener estrés, pero encararon el problema y mostraron tener confianza en el tratamiento y en el equipo. Ya los que basaron su enfrentamiento en la emoción, apuntaron principalmente los síntomas que fueron generados por la situación de stress.

Enfrentar una dolencia tan agresiva como el cáncer depende de varios factores como familia, amigos, equipo médico y hasta de voluntarios. Transmitir fuerza, tranquilidad, motivación, informaciones sobre la dolencia y tratamientos, contribuyen en gran medida para el proceso de recuperación del enfermo.

**La unidad temática -Impacto del tratamiento fuera del domicilio-** agrupó cuatro categorías temáticas y dos subcategorías: preocupaciones, dificultades, reconocimiento como mejor estrategia, e influencia de los viajes (positiva y negativa).

**En la categoría Preocupaciones** se identificó que el paciente vuelve su mirada a la familia, por el hecho de estar distante, estar fuera y lejos de casa y no poder dirigir los quehaceres y rutinas de la familia.

*“Le pedí a Dios que me guiara en paz, que tuviera mucho cuidado con mi mamita que tiene 89 años, me duele dejarla solita” (Entrevistado 2).*

Referente a la **categoría Dificultades** identificamos que la primera experiencia fuera del hogar resulta en miedo en la adaptación, llevando a la ansiedad en mantener la dinámica familiar. Otras dificultades apuntadas fueron el cansancio y falta de bienestar, pudiendo llevar al paciente a no se disponer al tratamiento.

*“Nunca me había quedado fuera de casa, lo máximo dos días, entonces viene el miedo, como me van a recibir allá, cómo va a ser, la curiosidad, será que todo saldrá bien” (Entrevistado 4).*

*“Es cansador, ese vaivén nos cansa mucho, el cuerpo...” (Entrevistado 6).*

*“Me daban ganas de quedarme en casa y comencé a llorar! No quería más el tratamiento” (Entrevistado 6).*

Percibir las dificultades que se enfrentarán, hace que el paciente pase por un estrés elevado, sienta ansiedad y miedo en relación a la adaptación, pues para él, la primera experiencia fuera del hogar puede traer una gran falta de bienestar y mucho cansancio. Estar distante implica en la dificultad para mantener la dinámica familiar, pues cada uno tiene su responsabilidad en el hogar y, en ausencia de algún miembro, pueden ocurrir modificaciones que influirán el resto de la vida.

**En la categoría Reconocimiento** como mejor estrategia, nótase que los pacientes reconocen no tener condiciones financieras para costear los viajes de manera que sería prácticamente imposible la adhesión al tratamiento asociado al difícil acceso y a la imposibilidad de ayuda familiar.

*“Entonces es más o menos a esta hora que llego a mi ciudad y todavía vivo a más 30 km de camino de tierra que hago de forma particular con un auto viejo que tengo, un escarabajo, si fuera todo por mi cuenta gastaríamos mucho” (Entrevistado 5).*

La falta de recursos para el tratamiento de cualquier enfermedad crónica la vuelve imposible si se consi-

deran todos los gastos con consultas médicas, exámenes, medicamentos, transporte y alimentación principalmente si el individuo necesita una atención más compleja y que esté en otra ciudad.

**La categoría Influencia** de los viajes se divide en dos subcategorías: Positivas y Negativas. Se constató en la subcategoría Positiva que los entrevistados no perciben cansancio, por ser viajes bien estructurados, y como consecuencia favorece el tratamiento. Pero en la subcategoría Negativa, los pacientes entrevistados alegan falta de bienestar, a veces no consiguen alimentarse o se alimentan mal, no descansan y apuntan los viajes de forma penosa.

*“Mas nosotros lo hallamos bueno porque el chofer nos lleva a nuestra ciudad y nos trae muy bien. Si tiene que dejarnos en el hospital, lo hace y si tiene que dejarnos en la puerta también, con mucha educación y todo respeto” (Entrevistado 4).*

*“Es medio cansador! Ellos nos llevan y traen pero es bien pesado! La persona va y viene, no duerme, y come mal” (Entrevistado 3).*

**En la categoría Aceptación** se indica en la entrevista como medio facilitador del proceso de adhesión al tratamiento, los arreglos hechos por el equipo, teniendo en vista la funcionalidad, la posibilidad de acompañamiento familiar en la casa de apoyo, creando así buena aceptación por parte del paciente, que a la vez no reconoce problemas y se conforma con la situación.

*“Yo traje a mi mujer para quedarse conmigo, porque venir todos los días va ser pesado. Fui a la consulta con el médico y él solicito esta casa. Llegué aquí de noche y ellos me recibieron muy bien, entonces para mí fue más fácil venir para la casa” (Entrevistado 5).*

**La Unidad Temática- Experiencia del tratamiento** fuera del domicilio agrupó dos categorías temáticas: preocupaciones vividas y gerencia.

**En la categoría Preocupaciones Vividas**, nótase que el paciente vuelve su mirada a la familia y, permaneciendo distante de ella, puede no adaptarse al momento que vive. La ausencia se refleja sobre los quehaceres y rutinas de la familia.

*“Me preocupo sí! Mi hija ya tiene 27 años, pero queda sola. Mi marido trabaja, me preocupé con*

*él también. Estando en casa uno siempre mantiene todo mejor, arregla la casa” (Entrevistado 4).*

**La categoría Gerencia** fue dividida en subcategorías: Dios, Familia y Estrategias. En la subcategoría Dios el paciente dedica mucha confianza a Dios creyendo ser un auxilio en la dolencia, realiza también la lectura de la Biblia como medio para administrar sus preocupaciones. En la subcategoría Familia, se relató el apoyo de la familia para el paciente, el deseo de estar con las personas que ama, dando prioridad al mantenimiento del contacto. La subcategoría Estrategias, evidencia el pensamiento positivo como factor importantísimo en el principio de la dolencia. La satisfacción con la Casa de Apoyo ayuda en esa difícil experiencia, de modo que el paciente mantiene la confianza, realiza ajustes como la transferencia temporal de responsabilidad para poder preocuparse con él mismo, y las ganas de vivir le dan tranquilidad.

*“Yo llamo para la casa al final de la tarde... ¿está todo bien mamá? Después cenó. Voy a dormir! Ahí voy a leer la Biblia. No voy a quedarme con muchas cosas en la cabeza, leo una hora, dos horas, mientras más lees más quieres leer. Saber de la palabra de Dios, cómo debes hacerlo! Es algo que te lleva hacia adelante” (Entrevistado 2).*

Administrar la vida frente al cáncer no es algo que depende solo de quien está enfermo, sino de todo alrededor, por ejemplo, el cambio de experiencias, actividades lúdicas promovidas por practicantes y voluntarios, ofrecimiento de cariño y calor familiar, siendo bien atendido y acogido por el equipo médico. Por buscar continuamente fuerzas espirituales y religiosas puede formular estrategias de enfrentamiento, pues hay estructura psicosocial y espiritual con la intención de combatir el cáncer.

**La Unidad Temática- La convivencia en la Casa de Apoyo** agrupó cuatro categorías temáticas: Estructura, Relación entre los pacientes, Relación con los funcionarios, y la Relación practicante/voluntario con los pacientes.

**En la categoría Estructura** los entrevistados afirman que la Casa de Apoyo posee una estructura de calidad, organización, un ambiente seguro, con comodidades de calidad, buena alimentación y limpieza.

*“Ah aquí es muy bueno! Hay cocineras, cocinan muy bien! Aquí en la casa es todo limpiecito, ha-*

*bitación, baño, todo lo que me gusta, organizado! Comida a su tiempo. Me gusta mucho aquí ” (Entrevistado 3).*

**En la categoría Relación entre los Pacientes** se pudo identificar que, en la Casa de Apoyo, reina un clima de amistad, produciendo una formación de vínculo positivo. Perciben la convivencia como familia, donde todos escuchan, respetan al otro, el cambio de experiencias, lo que transmite fuerza y ánimo al otro, fortaleciéndose y conviviendo con personas en situaciones peores, aprenden las lecciones que la vida trae.

*“Todas las personas que están aquí son hermanos, son una familia” (Entrevistado 2).*

*“Aquí todo el mundo intercambia experiencias, entonces se forma una familia” (Entrevistado 4).*

*“Hay personas que son más frágiles, entonces les damos fuerza” (Entrevistado 3).*

La posibilidad de dar ánimo y fuerza a otros pacientes que están viviendo la misma situación de dolencia es reconocida como una forma de vencer cada etapa de la experiencia (Bergamasco & Angelo, 2001).

Sobre la **categoría Relación con los Funcionarios**, los entrevistados relataron que, al llegar a la Casa de Apoyo, experimentaron la acogida, el afecto, la buena interacción con el equipo, y al recibir motivación lo notan como influencia y experiencia positiva. Equidad en la atención, transparencia y todo eso provoca sorpresa con la ayuda del otro, reconociendo como necesario para el tratamiento y buena interacción con los funcionarios.

*“Ellos tratan muy bien, te dejan muy bien en la casa y es lo que necesitamos! Personas muy amigas! De verdad! Mucho cariño! Es óptimo” (Entrevistado 8).*

*“Ellos bromean con nosotros, todos conversan contigo, se ríen, aquí no hay de qué quejarse” (Entrevistado 6).*

**De la categoría Relación con los Practicantes/Voluntarios** se vio en las entrevistas que tanto los practicantes como los voluntarios promueven actividades lúdicas, establecen vínculos y, de esa forma, influyen positivamente, llevando al paciente la satisfacción con el trabajo realizado.

“Yo no me quedo parado. Hay bingo todos los miércoles animando el grupo! Hay una mujer que viene a traer la palabra de Dios aquí” (Entrevistado 2).

Debido a las alteraciones ocurridas repentinamente en la vida del paciente, se nota la importancia de proyectos que incluyan una asistencia adecuada, y que, a través de acciones lúdicas, aminorar los efectos del tratamiento, así como los efectos colaterales y prevenir sufrimientos mentales, de modo que las actividades lúdicas tendrán efecto en el aspecto físico, afec-

tivo, cognitivo, personal y social. Favorece también una mejoría en la calidad de vida de esos individuos, facilitando la práctica del equipo multidisciplinar (Pedrosa et al., 2007).

En estudios de Selli, Garrafa & Junges (2008) identificaron que los voluntarios establecen una relación de reciprocidad, en la que ambos son destinatarios y sujetos del beneficio, presentando una noción de horizontalidad en la relación, implicando en la reorganización de lo cotidiano del individuo paciente y voluntario.

### Conclusión

Percibimos que la experiencia del paciente oncológico es intensa, por el hecho que fueron apuntadas 109 unidades de significado, pues el cáncer es una dolencia mítica, indicativa de muerte, posee un tratamiento complejo, que trae debilidad física, mental, social y espiritual. En este contexto complejo, todavía existe la necesidad de realización de tratamiento fuera del domicilio, constituyendo gran desafío de reorganización del cotidiano del paciente en relación a su familia.

El desarrollo de instrumentos que puedan evaluar e intervenir, en este contexto debe tener el sentido de que no es algo más que los enfermeros promueven y sí reconocer como una incumbencia y deber del equi-

po. Por lo tanto, la enfermería debe ver al paciente de forma compleja y entender de hecho la situación que vive cada ser humano.

Se esperaba en esta investigación que se relataran solo sentimientos negativos, y que las dificultades serían un obstáculo insuperable. Las ganas de vivir, el apoyo de la familia y de los amigos, incentivo de los médicos y demás miembros del equipo, fortalecieron estos pacientes en su lucha por la sobrevivencia.

Estar próximo a estos pacientes trae una lección de vida, muestra que la esperanza no muere y el enfermero debe tener esa esperanza en su íntimo para trabajar con sus pacientes.

### Referencias

- Anjos, A. C. Y. & Zago, M. M. F. (2006). A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(1), 33-40.
- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, D. O. & Lopes, R. L. M. (2007). Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Rev. Bras. Enfermagem*, 60(3), 295-8.
- Bergamasco, R. B. & Angelo, M. (2001). O sofrimento em descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 277-82.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J. & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Gianini, M. M. S. (2007). *Câncer e gênero: enfrentamento da doença*. (Dissertação Mestrado). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, SP, Brasil.
- Instituto Nacional do Câncer. (2011). *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Lorencetti, A. & Simonetti, J. P. (2005). *As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia*. Universidade Estadual Paulista-Unesp. São Paulo, Brasil. Recuperado de [http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/48263\\_5776.PDF](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/48263_5776.PDF).
- Makluf, A. S. D., Dias, R. C. & Barra, A. (2006) A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer

- de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 49-58.
- Paiva, S. M. M. (2006). *Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante*. (Dissertação Mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Pedrosa, A. M. (2007) Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP). *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7(1), 99-106.
- Selli, L., Garrafa., V. & Junges, J. R. (2008). Beneficiários do trabalho voluntário: uma leitura a partir da bioética. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1085-89.
- Silva, G. & Santos, M. A. (2008). Será que não vai acabar nunca?. Perscrutando o universo pós-traumático do câncer de mama. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 561-68.
- Silva, V. C. E. (2005) *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. (Dissertação Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.