

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

PALOMA COUTINHO CAMPOS

SENTIDOS DA PESSOA IDOSA QUE VIVENCIA O ADOECIMENTO POR CÂNCER

**Juiz de Fora
2017**

PALOMA COUTINHO CAMPOS

SENTIDOS DA PESSOA IDOSA QUE VIVENCIA O ADOECIMENTO POR CÂNCER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Grupo de Pesquisa: O Cotidiano do Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Cotidiano Assistencial da Enfermagem Oncológica, articulada à linha Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Mestrado em Enfermagem da FACENF/UFJF.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Carmen Simões Cardoso de Melo

Juiz de Fora

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Campos, Paloma Coutinho.
SENTIDOS DA PESSOA IDOSA QUE VIVENCIA O
ADOCIMENTO POR CÂNCER / Paloma Coutinho Campos. -- 2017.
98 f.

Orientadora: Maria Carmen Simões Cardoso de Melo
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Enfermagem Oncológica. 2. Saúde do Idoso. 3. Filosofia. 4. Cuidados de Enfermagem. I. Melo, Maria Carmen Simões Cardoso de , orient. II. Título.



**SENTIDOS DA PESSOA IDOSA QUE VIVENCIA O ADOECIMENTO POR
CÂNCER**

PALOMA COUTINHO CAMPOS

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 22/08/17

Profª. Drª. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Profª. Drª. Ivis Emília de Oliveira Souza
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ
1º Avaliadora

Profª. Drª. Vânia Maria Freitas Bara
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
2º Avaliadora

Profª. Drª. Marléa Chagas Moreira
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
Suplente

Profª. Drª. Thaís Vasconcelos Amorim
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF
Suplente

*“Sessenta anos não são sessenta dias
nem sessenta minutos, nem segundos...
não são frações de tempo, são fecundos
Zodíacos, em penas e alegrias”
— Vinícius de Moraes*

*“Se tiver o hábito de fazer as coisas com alegria,
Raramente encontrará situações difíceis.”
— Robert Baden-Powell*

Agradecimentos

Início meus agradecimentos à DEUS, que colocou pessoas tão especiais ao meu lado!

Aos meus pais, Almir e Dulcinéa, pelo amor incondicional!

Ao meu querido esposo, Piui, por ser tão importante na minha vida. Por sua amizade, compreensão, apoio e amor.

Aos meus avós Calmir (in memoriam) e Therezinha e; José (in memoriam) e Dalva por todo o carinho.

Aos meus irmãos, Samuel, Karen, Matheus e Bernardo, pela amizade, companheirismo e bagunças.

Aos meus tios e tias, especialmente Neneis, Lu e Hécio, que vibraram comigo a cada conquista.

À Família Carvalho Braule; especialmente Acecy, Thaisy, Tia Atacy, Tia Help;

Aos amigos Diogo e Daiana, por esses longos anos de amizade;

Aos amigos do Centro Cirúrgico do Hospital Regional João Penido, especialmente Fabiana, Rosana's, Bianca, Geovanna, Lívia, Renata, Natália, Isaque, Débora, Jussara, Dival, Cristiane, Jorge, Carol, Núbia e Eliane, e minha companheira de Mestrado Raquel, sem vocês esse projeto não poderia ser concluído;

Aos amigos do Pronto Atendimento do Hospital Regional João Penido; especialmente Suellen, Fernanda, Nathalia e Rachel;

Aos amigos de Turma do Mestrado 2015, especialmente um presente de amiga que ganhei, minha companheira Jordana;

Aos amigos de Manaus e da Universidade Nilton Lins;

Aos amigos da Total Cuidados, Aline, Cristina, Adelmo e Anna;

Aos amigos do Bar do Kiffer, especialmente Lívia, Priscila, Fabiana, Jaque e Marina!

Aos amigos do Freeway; especialmente Prof. Rafael, Prof. Marcelo, Profª Maria, Iris, Iasmyn e Midiã;

Aos amigos, Maria Inês e Flávio;

Obrigada pela amizade!

À minha orientadora, Prof.ª Maria Carmen que acreditou em meu potencial, sempre disponível e disposta a ajudar!

Aos professores do Mestrado, por todo o conhecimento transmitido!

À Prof.^a Thaís, por me fazer enxergar que existem vidas humanas e empatia por trás de pesquisadores e resultados de uma dissertação!

À Instituição cenário do estudo e aos seus funcionários, pelo apoio e acolhimento!

À todas as pessoas que participaram espontaneamente deste estudo. Por causa de vocês é que esta dissertação se concretizou. Vocês merecem meu eterno agradecimento!

Aos funcionários da Faculdade de Enfermagem, especialmente para à Elisângela.

Ninguém vence sozinho... OBRIGADA A TODOS!

*Dedico este trabalho ao meu esposo Píui,
por todo amor e companheirismo!
E à minha mãe Dulcinea,
pelo carinho e cuidado!*

RESUMO

O câncer é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, por sua alta incidência, mortalidade e por comprometer a saúde e a qualidade de vida do ser humano. Este estudo se propôs a responder à questão norteadora: como a pessoa idosa vivencia o adoecimento por câncer? Objetivou-se desvelar os sentidos da pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer. A pesquisa, de natureza qualitativa, foi norteada pela Fenomenologia, alicerçada no pensamento teórico-filosófico e metodológico de Martin Heidegger. Participaram deste estudo, quatorze pessoas idosas, entrevistadas em encontros mediados pela empatia e redução de pressupostos, ocorridos entre os meses de novembro de 2016 e abril de 2017. A compreensão vaga e mediana permitiu a elaboração do fio condutor de análise. A hermenêutica possibilitou a interpretação do ser-pessoa-idosa-que-vivencia-o-adoecimento-por-câncer que se depara com a verdade, tornando-se um *ser-descobridor*. O *temor* é vivenciado pelas pessoas idosas, nas suas diferentes formas do *pavor*, *horror* e *terror*. Revela-se no modo do falatório, ao tomar aquilo que é do outro como seu. Mostra-se como um ser lançado no mundo, aberto às possibilidades de ser-em e ser-com, valendo-se da ocupação e preocupação. A partir dos sentidos desvelados nessa pesquisa, evidencia-se a importância de se discutir modos de cuidado *autêntico* à pessoa idosa que vivencia o câncer. O cuidado, como essência da Enfermagem, implica em desenvolver a sensibilidade de olhar o ser em sua fragilidade que necessita de cuidados para sua esfera existencial e não somente para seu corpo físico.

Palavras-chave: Enfermagem Oncológica; Saúde do Idoso; Filosofia; Cuidados de Enfermagem.

Grupo de Pesquisa: O Cotidiano do Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O Cotidiano Assistencial da Enfermagem Oncológica, articulada à linha Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Mestrado em Enfermagem da FACENF/UFJF.

ABSTRACT

Cancer is a serious public health problem in Brazil and the world, due to its high incidence, mortality and to compromise the health and quality of life of the human being. This study aims to answer the guiding question: how does the elderly person experience cancer sickness? The objective was to unveil the senses of the elderly person who experiences the illness due to cancer. The research, of a qualitative nature, was guided by the Phenomenology, based on the theoretical-philosophical and methodological thought of Martin Heidegger. Fourteen elderly people interviewed in meetings mediated by empathy and reduced assumptions, occurred between November 2016 and April 2017, participated in this study. The vague and median understanding allowed the elaboration of the thread of analysis. Hermeneutics enabled the interpretation of the being-person-elderly-who-experiences-the-sickness-by-cancer who comes across truth, becoming a discoverer. Fear is experienced by the elderly, in their different forms of dread, horror and terror. It is revealed in the mode of speaking, by taking what belongs to the other as his own. It shows itself as a being launched into the world, open to the possibilities of being-in and being-with, availing itself of the occupation and concern. From the senses unveiled in this research, it is evident the importance of discussing an authentic way of care for the elderly person who experiences cancer. Care as the essence of Nursing implies developing the sensitivity of looking at the being in its fragility that needs care for its existential sphere and not only for its physical body.

Keywords: Oncological Nursing; Health of the Elderly; Philosophy; Nursing care.

Research Group: The Daily Care in Health and Nursing.

Research Line: The Daily Care Oncology Nursing, articulated to the Theoretical, Political and Cultural Fundamentals of Health Care and Nursing of the Master's Program in Nursing, FACENF / UFJF.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 SOLO DE TRADIÇÃO	15
2.1 Sobre o envelhecimento e o adoecimento	15
2.2 Considerações sobre o câncer	21
2.3 A doença oncológica para a pessoa idosa: repercussões.....	23
2.4 Ética, comunicação e autonomia.....	26
2.5 Sobre religiosidade, espiritualidade e morte no contexto oncológico	30
2.6 A Enfermagem no cuidado à pessoa que vivencia a doença oncológica	36
3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO-METODOLÓGICO	41
4 CAMINHO METODOLÓGICO	44
5 ANÁLISE COMPREENSIVA	49
5.1 Historiografia	49
5.2 Historicidade	51
5.3 Unidades de Significação	58
5.4 Compreensão Vaga e Mediana	66
5.5 Fio Condutor	67
5.6 Análise Interpretativa – Hermenêutica.....	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS	75

1 INTRODUÇÃO

O cuidado veio até mim muito antes de me profissionalizar. Aos 14 anos comecei a trabalhar em uma casa de família, onde cuidava de uma pessoa com necessidades especiais. Era responsável por sua alimentação, higiene e vestuário, além de atividades de entretenimento. Conciliava meu trabalho com os estudos, pela manhã ia à escola e a tarde trabalhava. Isso era necessário para prover ajuda em minha casa e também para meus gastos pessoais. Foi uma grande experiência, me lembro com carinho de todos aqueles momentos.

Em 2005, casei-me e mudei-me para Manaus, onde realizei boa parte de minha trajetória acadêmica. Iniciei em 2007 o curso Técnico em Enfermagem e a seguir, ingressei no mercado de trabalho. Fui trabalhar em uma Clínica de Cirurgia Plástica, atuando principalmente no Centro Cirúrgico e nos cuidados pós-operatórios. Inserida neste contexto, realizei o Curso de Especialização em Instrumentação Cirúrgica, o que agregou informações para desenvolver ações em meu ambiente de trabalho.

Como única profissional da Enfermagem na empresa, era responsável pela gerência dos setores e também dos materiais utilizados nas cirurgias, senti a necessidade de aprofundar meus conhecimentos. Em 2009, iniciei a Graduação em Enfermagem na Universidade Nilton Lins. Em meados da faculdade, tive que deixar meu trabalho por conflitos de horário, mas a minha aproximação desta área continuou e meu Trabalho de Conclusão de Curso teve como objeto os acidentes com perfuro cortantes em profissionais de Enfermagem do Centro Cirúrgico.

Nos últimos períodos da Graduação, realizei Estágio Remunerado no Centro Cirúrgico do Hospital da Beneficência Portuguesa. Esta mesma instituição me daria a primeira oportunidade de atuar como Enfermeira. Foi um momento muito feliz, pois tudo que almejamos ao término do curso é uma chance de colocar em prática os nossos conhecimentos e também aprender mais. Enquanto aguardava minha documentação, fui nomeada em concurso público no Hospital Regional João Penido em Juiz de Fora, e a vontade de estar perto das pessoas que amo e ter estabilidade falaram mais alto.

Retornei para Juiz de Fora em 2013, tomei posse e fui trabalhar no setor de Urgência e Emergência da instituição. Após o fechamento do setor, fui transferida para o Centro Cirúrgico e é onde trabalho atualmente como Técnica de Enfermagem.

Durante este período iniciei minha Pós Graduação Latu Sensu em Saúde da Família, pois foi uma área onde observei mais empoderamento do Enfermeiro. No ano seguinte, iniciei minha trajetória como docente em um Curso de Cuidador de Idosos, e com isso minha vivência nas Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Da experiência docente, senti a necessidade de aprimorar meus conhecimentos e procurei o Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. A minha vivência profissional no ambiente hospitalar e nas instituições de longa permanência para idosos me fizeram ter um olhar atento para a Saúde do Idoso. Deparei-me com pessoas que não compreendiam seu adoecimento ou não conheciam o diagnóstico médico. Essa condição se destacava quando se tratava de doença oncológica, algo tão temido que, muitas vezes, os familiares optavam por não o revelar. Isto me mobilizou a desenvolver esse estudo e aprofundar meus conhecimentos sobre como a pessoa idosa compreende sua situação de doença oncológica.

No Brasil e no mundo, o câncer é um problema de Saúde Pública de alta incidência e mortalidade, por isso, fazem-se necessárias ações direcionadas à melhoria da qualidade de vida, desde a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento (WHO, 2005). Em 2015, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) fez uma estimativa de 600mil novos casos de câncer para o ano posterior, entre os homens, eram esperados 285.200 novos casos, e entre as mulheres, 300.800. Os cânceres mais incidentes no sexo masculino seriam os de próstata, pulmão e intestino, enquanto no sexo feminino seriam os de mama, intestino e colo do útero (INCA, 2015).

O Brasil é um país em acelerado processo de envelhecimento populacional, por isso, é de se esperar que essa alta estimativa de adoecimento por câncer reflita diretamente na pessoa idosa (ASSIS *et al.*, 2011). Na Europa e nos Estados Unidos, mais de 60% dos novos casos e mais de 70% das mortes por câncer ocorrem em pessoas com mais de 85 anos (REMONTET *et al.*, 2003). Yancik e Ries (2004) sinalizaram que em 2020, seria esperado que 70% das neoplasias ocorreriam em pessoas com idade superior a 65 anos.

Com o aumento da população idosa, várias políticas e programas surgiram no Brasil com a preocupação de direcionar medidas individuais e coletivas de saúde para este segmento (BRASIL 1994, 1996, 2003, 2006). Objetivou-se inicialmente “assegurar seus direitos sociais; criar condições para promover sua autonomia e promover a

integração e a participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994, Art. 1º, p. 1). A principal conquista para este segmento populacional, o Estatuto do Idoso, foi aprovado pelo Congresso Nacional em 2003. Este documento é referência para movimentos sociais e políticos que defendem os direitos da pessoa idosa (BRASIL, 2003).

Os profissionais de saúde, em seu cotidiano assistencial, devem considerar que os indivíduos que estão diante de doença oncológica vivenciam desafios constantes em relação a seu corpo, seu papel social, sua família, seus valores pessoais e planos futuros, devido ao forte impacto social e emocional que os conduzem a incessantes reorganizações. Para a pessoa idosa, o diagnóstico de câncer está frequentemente associado a um prognóstico reservado e que pode gerar reações e sentimentos estressantes. Por diversas vezes, os familiares desenvolvem o papel de cuidador sem nenhuma preparação sobre o que devem fazer, como fazer e quais as situações em que devem procurar os serviços de saúde (SOARES, SANTANA, MUNIZ, 2010).

Enfermeiros especialistas em oncologia fazem parte dessa equipe multiprofissional e vêm enfrentando constantemente esses desafios. O enfermeiro deve assistir à pessoa e à família durante todo o processo de conhecimento da situação de doença oncológica, estabelecendo um vínculo que permita a pessoa idosa entender, questionar e ser ouvida de forma transparente e verdadeira. Deve ainda auxiliá-la nesta situação, na qual as decisões referentes a esta nova etapa da vida são tomadas. Muitas vezes, para ela, o diagnóstico e tratamento, remetem ao medo da dependência no decorrer da doença, bem como da morte (BUTOW, 2016; JONAS *et al.*, 2015; VISENTIN, LENARDT, 2010; VISENTIN, LABRONICI, LENARDT, 2007).

Durante a busca de estudos desenvolvidos sobre a temática, observou-se que a compreensão da pessoa idosa diante do adoecimento por câncer é pouco discutida (OLIVEIRA, 2012; SOARES, 2012; RETICENA, 2014; SILVA, 2015). Além disso, houve um predomínio de estudos com os familiares ou acompanhantes e não propriamente com a pessoa idosa (THAINES, 2012; RODRIGUES, 2012; MUTRO, 2012; FONSECA, 2012; VASCONCELOS, 2012; COUTO, 2013; MARCHI, 2013; PIOLLI, 2014; MAGALHÃES, 2015; PERRANDO, 2015; SANTOS, 2015; REZENDE, 2016; ESTEVES, 2016).

O câncer enfrenta em sua história um paradoxo relacionado ao fato de que, à medida que a ciência foi adquirindo os conhecimentos e desenvolvendo tecnologias

cada vez mais poderosas contra seus efeitos nocivos, o pavor das populações em relação a ele também se ampliou. Durante muito tempo quase nada se sabia sobre a doença, e era nula a capacidade da equipe de saúde em evitar o sofrimento e as mortes que causava. Aos adoecidos restavam à agonia e muitas vezes a aversão social causada pelo temor de sua contagiosidade (BRASIL, 2007).

Essa situação começou a se transformar a partir de meados do século XX. Os promissores tratamentos surgidos, ainda no início do século, começaram a se sofisticar e se mostraram mais eficazes, ao mesmo tempo em que campanhas de prevenção e de diagnóstico precoce também se destacaram. No entanto, o maior conhecimento da doença no tratamento dos acometidos também ampliava a compreensão da extensão do mal, de suas diversas faces e da limitada capacidade da medicina em conter, intensificando com isso o temor da sociedade, que passou a ver o câncer como um infortúnio da modernidade (BRASIL, 2007).

Neste fato se revela a justificativa deste estudo que se propõe a aclarar a questão: como a pessoa idosa significa vivenciar o adoecimento por câncer? As reflexões e os aspectos apontados foram motivadores para a proposição desta pesquisa que tem como objeto a pessoa idosa diante do adoecimento por câncer, tendo como objetivo desvelar os sentidos da pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer.

2 SOLO DE TRADIÇÃO

O solo de tradição se compõe por tudo que foi produzido pela ciência, entretanto, ainda não foi capaz de solucionar as questões nele contidas em todas as dimensões, pois que às vezes, é importante ampliar as dimensões abarcadas por se tratar de um problema filosófico (HEIDEGGER, 2013). Este capítulo foi desenvolvido com base na constituição do estado da arte e apresenta aspectos importantes produzidos sobre o objeto de estudo, a pessoa idosa e o câncer, referenciando a posição prévia, isto é, a tradição científica sobre a temática.

2.1 Sobre o envelhecimento e o adoecimento

A longevidade é para a população mundial um dos fatos mais importantes atualmente e vem provocando reflexões no modo de como estamos envelhecendo. O envelhecimento não diz respeito somente aos aspectos biológicos e por isso todas as dimensões do indivíduo estão sendo desafiadas. Em um mundo capitalista e tecnológico, cabe indagar e refletir: qual o papel da pessoa idosa na sociedade? Em países democráticos, a pessoa idosa vem conquistando seus direitos e tem se mostrado mais participativa socialmente (BRASIL, 2010).

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios da atualidade, fato que se deu, primeiramente, nos países desenvolvidos, e tem ocorrido de modo acelerado nos países em desenvolvimento. Dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) apontam que as pessoas idosas no Brasil deverão representar 26,7% da população (58,4 milhões de pessoas idosas para uma população de 218 milhões de pessoas) em 2060, numa proporção 3,6 vezes maior do que a atual (BRASIL, 2010; ONU, 2003).

Entre os municípios com mais de 500 mil habitantes, Juiz de Fora, sede desta pesquisa, é o terceiro município do Brasil com maior concentração de idosos em sua população, com percentual de 13,6%. Com base no Censo 2010, o ranking dos apontou que a cidade só fica atrás de duas capitais: Porto Alegre (15%) e Rio de Janeiro (14,9%), que também ultrapassam o índice nacional, de 10,8%. Dados do último levantamento demográfico dão conta de que existem 70.288 pessoas na terceira idade

em Juiz de Fora. Conforme estimativas do IBGE divulgadas em 2014, a tendência é que este número também tenha aumentado, uma vez que a população apresentou crescimento de 6,6%, passando de 516.247 para 550.710 habitantes, Juiz de Fora tem, hoje, 71 mil idosos, o que representa aproximadamente 14% da população da cidade (BRASIL, 2010; UFJF, 2012).

Em países em desenvolvimento, incluindo-se o Brasil, é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais, enquanto que nos países desenvolvidos, ela é aquela que tem 65 anos ou mais, segundo a Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2010; ONU, 2003). O primeiro grande marco para a saúde brasileira foi a criação do Sistema Único de Saúde, através das Leis Orgânicas da Saúde - 8080/90 e 8142/90, que inauguraram no país, o direito universal e integral à saúde garantido pela Constituição Federal, de 1988.

Em suas diretrizes toda a população tem assegurado através das políticas públicas, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de maneira integral e observando as diferentes necessidades da população (BRASIL, 1988; 1990). Frente ao aumento da demanda da população de pessoas idosas, foi promulgada a Política Nacional do Idoso, através da Lei 8.842/94, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96. O objetivo desta política é assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994; 1996).

Dentre as maiores conquistas para este segmento, está a aprovação pelo Congresso Nacional em 2003 do Estatuto do Idoso. Este documento serve de referência para movimentos sociais e políticos que defendem os direitos da pessoa idosa. Em 2004, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), com a finalidade de elaborar diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso, além de acompanhar e avaliar sua execução (BRASIL, 2003; 2004).

No ano de 2006, a Saúde do Idoso surge como uma das seis prioridades no Pacto pela Vida firmado entre as três esferas de gestão. Em outubro do mesmo ano, foi assinada a Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), representando, assim a atualização da antiga portaria nº 1935/94, que tem como objetivo principal a recuperação, a promoção e a manutenção da autonomia e da independência da pessoa idosa. Essa política

direcionou medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em concordância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006; 2010; 2014).

As premissas da PNSPI são resultado das discussões da Assembleia Mundial para o Envelhecimento, que originou o documento básico, denominado Plano de Madri e tem como fundamentos: participação ativa das pessoas idosas na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; criação de ambiente propício e favorável ao envelhecimento; além de fomento a recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento à pessoa idosa (BRASIL, 2006; ONU, 2003).

Esta política trouxe um novo olhar para o cuidado e atenção a essa população, através da humanização do atendimento, da ampliação das pesquisas e da propagação de conhecimentos para gestores e profissionais que atuam nos serviços de saúde. Apontou a necessidade de o cuidado ser mais individualizado, visto que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil, devendo-se incluir nas políticas de saúde uma avaliação da condição funcional de cada pessoa. Além disso, faz parte das diretrizes a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas (BRASIL, 2004, 2010, 2014; WHO, 2005).

“Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (WHO, 2005, p. 8)”.

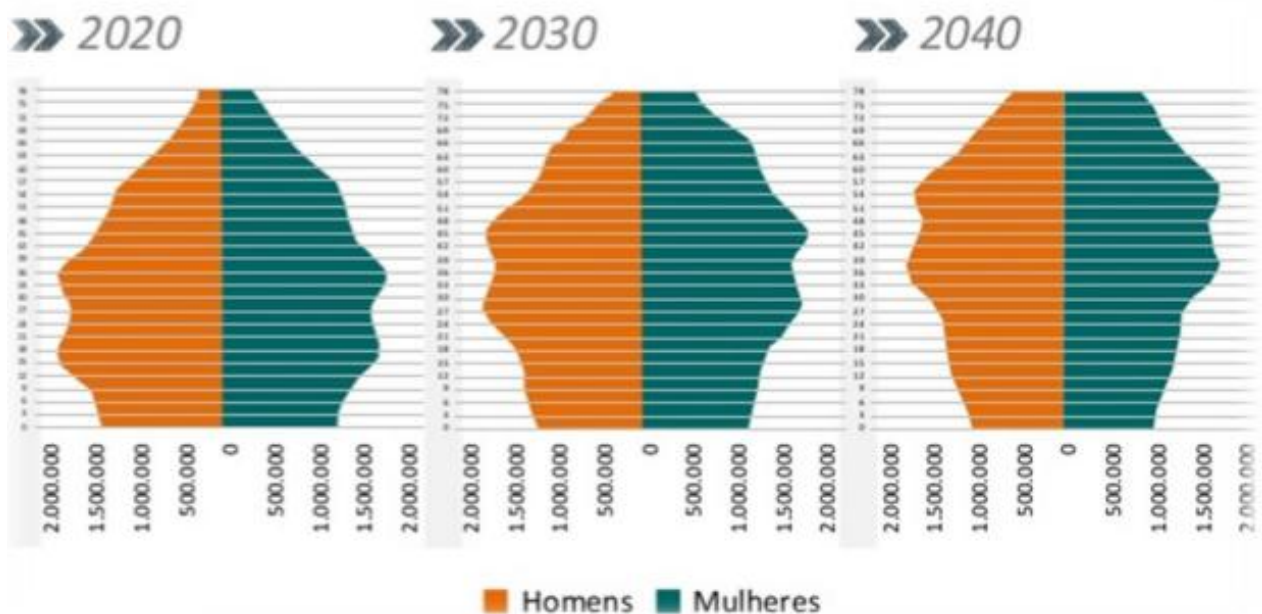
O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade. É caracterizado como um fenômeno natural, irreversível e mundial. Segundo o IBGE, contamos com o número de 16 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, que passará a ser 32 milhões em 2025 e representará 15% de nossa população total. Essa perspectiva de crescimento da população acima de 60 anos colocará o

Brasil, dentro de 25 anos, como a 6ª maior população de pessoas idosas no mundo em números absolutos (BRASIL, 2010).

Algumas características da transição demográfica brasileira são particulares, como a maior prevalência de mulheres idosas (55,7%) e brancas (55%). Destaca-se o aumento do número de pessoas idosas centenárias, hoje existem 24 mil pessoas idosas com 100 anos ou mais. Portanto o principal objetivo das políticas de saúde, através do envelhecimento ativo e saudável, é permitir que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível (BRASIL, 2011; 2014).

Se considerarmos o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define como “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença” (OMS, 1946, p. 1), faz-se necessário, mudanças no contexto atual em direção a um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa, direito esse que foi amplamente defendido pela Constituição Brasileira de 1988, definindo a saúde como:

“Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 119,120)”.



Fonte: IBGE.

Observam-se na imagem anterior as transformações no padrão etário da população devido ao efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e de mortalidade no Brasil a partir de meados de 1980. É característico de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento ver o formato de sua pirâmide populacional se modificar, antes tipicamente triangular, com uma base alargada e agora com uma base mais estreita e vértice mais largo. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 24,7 pessoas idosas de 65 anos ou mais de idade. Nesse período, a proporção de pessoas idosas cresceu mais de 170% enquanto a redução da proporção de crianças até 14 anos foi de 42% (BRASIL, 2010).

Podemos associar o aumento da longevidade e a diminuição da mortalidade com a relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, ao aumento de investimentos de saneamento básico, às campanhas nacionais de vacinação, aos avanços tecnológicos da área da saúde, ao aumento do nível de escolaridade da população, à percepção dos indivíduos com relação às enfermidades, ao aumento do número de atendimentos pré-natais, bem como ao acompanhamento multiprofissional do recém-nascido e ao incentivo ao aleitamento materno. A queda da taxa de fecundidade e o aumento da esperança de vida ao nascer resultam no aumento absoluto e relativo da população idosa (BRASIL, 2014).

O Brasil acompanha a tendência observada na maioria dos países. Os padrões de ocorrência das enfermidades estão relacionados aos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional no país, que vêm ocorrendo, principalmente, desde a década de 1960. A transição epidemiológica caracteriza-se pela mudança do perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas (BRASIL, 2010).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são atualmente as principais causas de morte no mundo. Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Dois terços dessas mortes ocorrem em pessoas com idade superior a 60 anos. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório, ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como

tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011).

A doença cerebrovascular ocupa o primeiro lugar em mortalidade no Brasil como causa específica de óbitos decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis, tanto em pessoas idosas quanto na população geral, e as doenças cardiovasculares, o segundo lugar. Nos demais países principalmente de alta renda, observa-se o inverso, doenças cardiovasculares estão em primeiro, e doença cerebrovascular, em segundo. Um dos mais importantes motivos dessa diferença do Brasil, em relação aos demais países, é a alta prevalência de hipertensão arterial na população brasileira e o não tratamento ou o tratamento inadequado dessa doença, tendo em vista que a hipertensão arterial é o principal fator modificável da doença cerebrovascular (BRASIL, 2010).

No ano de 2014, entre os homens com 60 anos ou mais, foram notificadas cerca de 80 mil mortes por câncer, sendo os três mais incidentes por localização primária a neoplasia de próstata (13.448 óbitos), brônquios e pulmões (11.598 óbitos) e estômago (6.442 óbitos). Nas mulheres idosas, no mesmo ano, ocorreram aproximadamente 60 mil mortes por câncer, sendo os três mais incidentes por localização primária a neoplasia de mama (7.581 óbitos), brônquios e pulmões (7.322 óbitos) e cólon (4.001 óbitos). O aumento do número de óbitos por neoplasias em idosos deverá continuar na medida em que melhorarem os métodos diagnósticos e a qualidade de notificação. Esse crescimento também está associado ao aumento da expectativa de vida, uma vez que a incidência das principais neoplasias é proporcional à idade (INCA, 2014).

Dentre as principais causas de internação hospitalar, observa-se também, um predomínio de doenças crônicas não transmissíveis. Todavia, a pneumonia, causa específica que ocupa o segundo lugar, não se enquadra nesse grupo e quando se trata de morbidade em pessoas idosas, aspectos da condição de saúde e uso dos serviços de saúde na comunidade são extremamente importantes (BRASIL, 2010). A maioria dos problemas de saúde enfrentados por pessoas mais velhas é associada a condições crônicas. Muitas delas podem ser prevenidas ou retardadas através de comportamentos saudáveis, ou podem ser controlados, se forem detectados cedo o suficiente, como o câncer (WHO, 2005).

2.2 Considerações sobre o câncer

A doença é conhecida desde longa data. Egípcios, persas e indianos, 30 séculos antes de Cristo, se referiam a tumores malignos, mas foram os estudos da escola hipocrática grega, datados do século IV a. C., que a definiram melhor, caracterizando-a como um tumor duro que, muitas vezes, reaparecia depois de extirpado, ou que se alastrava para diversas partes do corpo levando à morte. Então denominado de carcicoma ou cirro, o câncer era visto pelos hipocráticos como um desequilíbrio dos fluidos que compunham o organismo (INCA, 2007). Na atualidade, câncer “é a denominação dada a um grupo de mais de 100 doenças, que são semelhantes por apresentarem um crescimento desordenado de células, que tendem a ocupar tecidos e órgãos vizinhos” (BRASIL, 2012, p.17).

As células transformadas geneticamente e com crescimento desordenado podem se apresentar de duas formas: benignas ou malignas. Na primeira, o crescimento tem características por sua forma organizada, geralmente lenta, com limites bem definidos e, apesar de não invadir órgãos e tecidos adjacentes, pode comprimi-los. Na segunda, o crescimento das células tem um maior grau de autonomia, as células adquirem as características invasivas, e as alterações acontecem nos tecidos adjacentes. Essas células infiltram esses tecidos e ganham acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, os quais as transportam para outras áreas do corpo. Esse fenômeno é chamado de metástase – disseminação do câncer para outras regiões do corpo (BRASIL, 2012; BRUNNER, SUDDARTH, 2009).

Durante toda nossa vida, vários tecidos orgânicos normalmente sofrem períodos de crescimento rápido e proliferativo que devem ser diferenciados da atividade de crescimento maligno. Podemos citar, como exemplo, as células do tecido epitelial, que respondem simplesmente às necessidades específicas do corpo. A proliferação celular pode ser controlada, onde se verifica um aumento localizado e autolimitado do número de células de tecidos normais que formam o organismo, causado por estímulos fisiológicos ou patológicos, por exemplo, a displasia, hiperplasia e a metaplasia (BRASIL, 2012; BRUNNER, SUDDARTH, 2009).

No crescimento não controlado, observa-se uma massa anormal de tecido, cujo crescimento é quase independente, persistindo dessa maneira excessiva após o

término dos estímulos que o provocaram. As neoplasias (câncer *in situ* e câncer invasivo) correspondem a essa forma não controlada de crescimento celular e, na prática, são denominadas tumores e são classificados e nomeados pelo tecido de origem (BRASIL, 2012).

A estimativa mundial, realizada em 2012, pelo projeto Globocan/Iarc, apontou que, dos 14 milhões de casos novos estimados, mais de 60% ocorreram em países em desenvolvimento. Para a mortalidade, a situação agrava-se quando se constata que, dos 8 milhões de óbitos previstos, 70% ocorreram nesses mesmos países. Ainda com base nas informações do projeto Globocan, na região da América Latina e do Caribe, estimou-se, para 2012, a ocorrência de 1,1 milhão de casos novos de câncer, sendo os tipos de câncer mais incidentes os de próstata (152 mil) em homens e mama (152 mil) em mulheres (FERLAY *et al.*, 2015).

O câncer do colo do útero ainda contribui de forma importante para a carga da doença em mulheres, figurando como o segundo mais incidente e como a segunda causa de morte por câncer em mulheres. Dos cerca de 530 mil casos novos de câncer estimados para os homens, o câncer de próstata foi o mais frequente (28,6%), seguido pelos cânceres de pulmão (9,8%), intestino (8,0%), estômago (6,8%) e bexiga (3,3%). Para as mulheres, os 560 mil casos novos, aproximadamente, foram assim distribuídos: mama (27%), colo do útero (12,2%), intestino (7,9%), pulmão (5,7%) e estômago (4,3%) (FERLAY *et al.*, 2015).

A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, apontou a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (aproximadamente 180 mil casos novos), ocorrerão cerca de 420 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico observado assemelha-se ao da América Latina e do Caribe, onde os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) em mulheres seriam os mais frequentes. Sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes em homens seriam próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais (INCA, 2015).

Este alto percentual de óbitos por câncer está relacionado à maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco cancerígenos. Os atuais padrões de vida adotados em

relação ao trabalho, nutrição e consumo em geral expõem os indivíduos a fatores ambientais mais agressivos, relacionados a agentes químicos, físicos e biológicos resultantes de um processo de industrialização cada vez mais evoluído (BRASIL, 2008). O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional são consequências da diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, levando ao aumento do número de casos de doenças crônico-degenerativas, principalmente as cardiovasculares e o câncer. O câncer é um problema de Saúde Pública e tem afetado principalmente países em desenvolvimento como o Brasil. A distribuição dos diferentes tipos de câncer sugere uma transição epidemiológica em andamento. Esta projeção do envelhecimento da população faz com que a demanda dos serviços de saúde aumente e exige dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) muita dedicação para a oferta de atenção adequada as pessoas idosas (BRASIL, 2008).

No Brasil, foi estimado para o ano de 2016, em taxas brutas de incidência por 1 milhão e de número de casos novos por câncer em homens e mulheres, segundo a região e a análise por macrorregião, a Região Sudeste ocupando a primeira posição, responsável por 291.090 novos casos. A Região Sul encontra-se na segunda posição, com 131.880 novos casos; a Região Nordeste tem a terceira colocação, com 107.380 casos novos; a Região Centro-Oeste apresenta o quarto lugar, com 44.430 novos casos; e a Região Norte ocupa o quinto lugar, apresentando 21.490 casos novos (INCA, 2015).

2.3 A doença oncológica para a pessoa idosa: repercussões

As repercussões que os indivíduos vivenciam diante do conhecimento da situação de doença dependem de vários fatores, desde características de personalidade, vida social, pessoal e profissional. Os profissionais realizarão cuidados com mais qualidade durante todo o processo de adoecimento se tiverem um olhar atento à pessoa que vivencia esta situação. Essas particularidades contribuirão para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (STUMM, 2010).

A dificuldade de distinguir a senescência (envelhecimento normal) da senilidade (patológico) está em delimitar se um específico sinal ou sintoma é um traço característico das modificações orgânicas morfológicas e funcionais que acontecem com o passar dos anos, ou se é sinal de alterações que podem acometer a saúde da

pessoa idosa. O diagnóstico de câncer em pessoas idosas comumente é tardio adiando assim o tratamento. Essa situação resulta do fato de que as queixas como fadiga, inapetência e dor; frequentemente são associadas às alterações da idade, e geralmente são subestimadas pelos familiares e pelos profissionais de saúde (FITCH *et al.*, 1997).

O câncer ainda é uma doença estigmatizada no imaginário social, em todo o mundo várias outras doenças são consideradas ostensivas, mas o câncer é uma das enfermidades mais associadas à questão da morte na contemporaneidade (BORGES *et al.*, 2006). Ao ser diagnosticado com câncer, a pessoa idosa se depara com várias transformações, frequentemente acompanhada de emoções, pelo fato de não conseguir achar uma maneira de aceitar o adoecimento, medo do tratamento, mudança na rotina e de papéis sociais e angústias diante das alterações físicas. Vê-se acuado em reconhecer que tem um câncer e por não conseguir negar a doença, deprime-se no início da doença ou durante o tratamento (TOFANI; VAZ; 2007).

Apesar do tratamento trazer efeitos colaterais, ele deve ser valorizado e visto como construtivo, para que as pessoas sigam as orientações corretamente (STUMM, 2010). Com os recentes avanços, as medidas terapêuticas e assistenciais prezam por um tratamento que proporcione melhor qualidade de vida às pessoas adoecidas por câncer (AEGRANCE, SOUZA, MAZZEI, 2010). Há de se destacar a autonomia da pessoa idosa no gerenciamento de seu problema de saúde, tomando decisões acerca de seu tratamento com a ajuda de sua família e dos profissionais de saúde, abandonando a ideia de que é um ser passivo (VIEIRA, 2006).

Quando estamos diante de situações inesperadas, surgem os mais variados questionamentos e transtornos inevitáveis ao ser humano que ocasionam estresse (LORENCETTI, SIMONETTI, 2005). O tempo entre o primeiro atendimento médico e a chegada ao hospital de referência para o atendimento oncológico perdura meses e gera sentimentos de incerteza, insegurança e ansiedade à pessoa, família e membros de seu pertencimento, fatores como a dor e o desconhecimento da doença são problemas que estão longe de serem sanados (VISENTIN, LENARDT, 2010).

Há diferentes maneiras de adaptação a uma situação. O sucesso desse manejo dependerá das estratégias de enfrentamento, que é definido como um processo empregado para controlar as demandas da relação indivíduo/ambiente que serão criadas pelo indivíduo. Em um estudo realizado em um hospital público, os participantes

relataram que ao encararem o câncer, elaboram formas de enfrentamento tanto baseadas na emoção, como no problema. Essa forma de enfrentamento decorre, talvez, pelo medo inicial do desconhecido e, não conseguindo encarar a questão, as pessoas procuram maneiras de amenizar os fatos ocasionados pela doença, buscando formas de enfrentamentos baseados na emoção como confiar em Deus, apresentar sentimentos de medo, tristeza, revolta (LORENCETTI, SIMONETTI, 2005).

Em outro estudo realizado em um hospital público de São Paulo, com 14 pessoas em tratamento quimioterápico, demonstrou-se que a espiritualidade pode ser utilizada como forma de estratégia de enfrentamento perante o câncer, o próprio indivíduo é capaz de atribuir significado ao seu processo saúde/doença, em busca da sobrevivência e com apego à fé, para tornar mínimo o seu sofrimento ou alcançar maior esperança de cura durante o tratamento, enfrentamentos esses alcançados na vida social. Observa-se que o processo de enfrentamento se assemelha na população adulta e idosa (GUERRERO *et al.*, 2011).

As pessoas idosas têm consciência de que, após a descoberta do câncer, há a introdução de novas incumbências, perdas e constantes ameaças em suas vidas. A família se envolve, muda as rotinas de cada membro, proporciona proteção de vida ao seu doente. Para a pessoa idosa, mesmo que o suporte familiar lhe traga a proteção desejada, o fato do seu problema de saúde não ser passageiro o incomoda, porque altera o processo de viver das pessoas que lhe dão carinho e atenção (VISENTIN, LEDNARDT, 2010).

A esperança para a pessoa idosa sustenta a garantia do tratamento do câncer no entrelaçar do seu cotidiano. Sobreviver a esse percalço da vida para ela significa intensificar o sentimento de esperança; é poder continuar a usufruir e a desfrutar da convivência harmônica com Deus, consigo mesma e com a família. O ato de esperar o que se deseja, traz a ela a necessidade de garantias para sustentar essa espera, que conduz a ter esperança de conseguir o que mais deseja: superar a doença. Essas garantias estão firmemente ancoradas no sagrado, na família, nos profissionais e em pessoas próximas. A esperança é compartilhada por meio das orações dos vizinhos, amigos e comunidade à qual pertence (VISENTIN, LEDNARDT, 2010).

2.4 Ética, comunicação e autonomia

Pessoas com idade mais avançada nem sempre recebem as mesmas informações sobre o diagnóstico de câncer como os indivíduos mais jovens. Nos últimos anos, estudos têm sido aprimorados para melhorar a qualidade de comunicação dos profissionais de saúde na prestação de más notícias, a fim de que o indivíduo enfrente melhor esta situação difícil (GIACALONE *et al.*, 2009).

Durante o itinerário terapêutico, alguns momentos de maior impacto e dificuldade estão relacionados à comunicação de notícias difíceis. São observadas especialmente em três situações: a comunicação do diagnóstico de doença avançada com prognóstico reservado; a comunicação e a atenção a graves sequelas dos tratamentos (mutilações, prejuízo de funções e suas consequências na perda de qualidade de vida) e a comunicação de esgotamento dos recursos de cura atual e a preparação para cuidados paliativos exclusivos (BRASIL, 2012).

O diagnóstico e o tratamento dos diferentes tipos de câncer, em todas as idades, sofreram expressivos avanços nos últimos 20 anos. As possíveis metas do tratamento podem incluir a erradicação completa da doença maligna (cura), sobrevida prolongada e contenção do crescimento da célula tumoral (controle), ou alívio dos sintomas associados à doença (paliativo). O diagnóstico precoce, aliado aos atuais métodos terapêuticos (radioterapia, quimioterapia, cirurgia e transplante de medula óssea), tem permitido índices de sobrevida progressivamente maiores em casos considerados incuráveis até há pouco tempo (BRASIL, 2012; BRUNNER, SUDDARTH, 2009).

A enfermagem tem vivenciado, junto a tais mudanças, as dificuldades que elas trazem. A importância da informação está no fato da pessoa poder optar por se submeter ou não a terapêutica proposta. Somente sendo suficientemente esclarecido por quem examina ou presta os cuidados é que poderá decidir conscientemente. Alguns profissionais partem do pressuposto de que a veracidade das informações não pode ser compreendida pelos clientes ou que o paternalismo deva ser uma conduta que abriga o princípio da beneficência (GIRONÉS, 2014).

Não existe um método correto para imaginar o que se deve fazer nesta situação. A equipe de saúde, o indivíduo cuidado e a família devem ter uma clara compreensão das opções e metas do tratamento. O que se precisa é de uma capacidade de se

adaptar, e uma flexibilidade que permitam uma comunicação aberta para que a terapia seja amplamente discutida e que os novos problemas que emergirem possam ser enfrentados com o mínimo possível de prejuízo na qualidade de vida do indivíduo (BRASIL, 2012; BRUNNER, SUDDARTH, 2009).

O sigilo é considerado como uma característica moral obrigatória para o profissional de saúde, o segredo profissional tornou-se uma fundamentação mais rigorosa, centrada nas necessidades de direitos dos cidadãos à intimidade, privacidade e confiabilidade (LOCH, 2013). Este conceito de segredo profissional gera um direito-dever, sendo direito do cliente e uma obrigação específica aos profissionais de saúde (DIAS *et al.*, 2013).

No conjunto dessas discussões relacionadas à bioética vem surgindo um processo de reflexão acerca de conceitos e práticas, uma vez que manter o sigilo e a privacidade das informações prestadas pelo cliente ao profissional de saúde é norma ética que conduz o exercício de diversos profissionais conforme seus respectivos códigos de ética, como também manter segredo de situações que possam interferir na relação de confiabilidade entre profissional/cliente (FARIAS *et al.*, 2011).

Na prática diária em contato com diferentes pessoas e situações, nos diversos contextos dos fatos e interpretações da história humana, o profissional de saúde por muitas vezes se encontra frente a implicações éticas, podendo essas estar aliadas aos aspectos de transmissão, comunicação e manutenção das informações do cliente. A área da saúde, como parte inerente desse processo de viver e conviver humano tem esse fenômeno manifestado no contato cotidiano entre o profissional e pessoa cuidada, sendo este pautado no objetivo comum de alcançar um resultado ideal: a cura (DIAS *et al.*, 2013).

Uma vez que o cliente confia ao profissional de saúde seus dados e informações, considerando sua dimensão mental, física, comportamental e/ou espiritual, cabe ao profissional dispor dessas informações e manter vínculo e relação de confiabilidade com esse indivíduo (LOCH, 2013). Trata-se de direito do cidadão de acordo ao artigo 5º, inciso X da Constituição Federal do Brasil de 1988 onde garante a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da imagem e da honra das pessoas, exceto quando consentido e autorizado pelo cliente ou responsável legal (BRASIL, 1988).

O Código de Defesa do Consumidor tutela a saúde do consumidor enquanto

direito básico, utilizando-se da informação como instrumento de efetivação da saúde e conscientização consumerista (BRASIL, 1990). O código de ética do profissional de enfermagem prevê que a conduta de seus profissionais deve ser regida pelo sigilo profissional, atribuindo responsabilidade de manter o segredo e proíbe sua revelação, exceto em situações distintas e previstas nos respectivos códigos (COFEN, 2007).

Assim, um comportamento no qual haja a manutenção do sigilo profissional é uma obrigação ético-legal, concernente a todos que atuam nos serviços de saúde, pois esse caráter sigiloso das informações deve reger as comunicações tanto orais como escritas com os profissionais, com a imprensa, ou mesmo com as autoridades, respeitando o direito do usuário a manter sua intimidade e exercendo a confiabilidade nas relações humanas (DIAS *et al.*, 2013).

Como e o quanto se deve informar as pessoas sobre seu diagnóstico de câncer têm sido debatido em todo o mundo há várias décadas (KAWAKAMI *et al.*, 2001). É de grande importância compreender a divulgação da verdade em um contexto cultural. Tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, a maioria dos médicos dizem a verdade com maior frequência que no passado, embora a atitude predominante seja de revelar a verdade ao familiar ou cuidador (AJAJ, SINGH, ABDULLA, 2001; ENG *et al.*, 2012; GIACALONE *et al.*, 2009; GIRONÉS, 2014; PANG, HO, LEE, 2013).

Médicos dos Estados Unidos são favoráveis à revelação da verdade sobre o diagnóstico de câncer, considerando-se a autonomia do indivíduo. No Norte e Europa Ocidental, a maioria dos médicos, pratica a divulgação, mas não existe relutância na América Latina e na Ásia para oferecer uma divulgação incompleta da verdade (ENG *et al.*, 2012; GIRONÉS, 2014; KAWAKAMI *et al.*, 2001; PANG, HO, LEE, 2013).

É sabido que a informação ajuda o indivíduo a lidar com mudança na sua qualidade de vida a partir do diagnóstico e tratamento do câncer. Um indivíduo com câncer mais bem informado é mais envolvido no processo de tomada de decisão e fica mais satisfeito com as opções de tratamentos, reduzem suas ansiedades e transtornos de humor (GIACALONE *et al.*, 2009; GIRONÉS, 2014; KAWAKAMI *et al.*, 2001; LOCATELLI *et al.*, 2010; PINQUART, DUBERSTEIN, 2004).

Também é inquestionável que familiares ou cuidadores desempenham um papel importante no apoio aos seus entes queridos, ajudando-os a ajustar-se à nova situação de vida. No entanto, na fase terminal da doença, os estudos sobre comunicação entre

médicos e cuidadores sugerem que os cuidadores tendem a substituir a pessoa cuidada na comunicação com o médico, especialmente quando a pessoa é idosa (AJAJ, SINGH, ABDULLA, 2001; GIACALONE *et al.*, 2009; GIRONÉS, 2014; PINQUART, DUBERSTEIN, 2004; PANG, HO, LEE, 2013).

Os estudos mostraram que pessoas idosas solicitam informações aprofundadas sobre as seguintes questões: recuperação, apenas diagnóstico, consequências da doença, procedimentos para tratamento, efeitos colaterais e modos de lidar com eles e gestão das atividades diárias. No contrário, foram solicitadas poucas informações a respeito de: sobrevivência financeira, maneiras de falar com familiares e amigos e procedimentos realizados no consultório ou ambulatório (GIACALONE *et al.*, 2009; SEIFART *et al.*, 2014).

As principais razões encontradas para não divulgação do diagnóstico de câncer foram: a falta de capacidade do indivíduo de compreender a informação e o desejo da família de que o ente não deve ser informado da verdade. Em alguns casos, os médicos não revelaram o verdadeiro diagnóstico por medo de desencorajar o cliente e pela ausência de tratamento eficaz (BUTOW, 2016; GIRONÉS, 2014; KAWAKAMI *et al.*, 2001; LOCATELLI *et al.*, 2010; PINQUART, DUBERSTEIN, 2004).

A importância de fornecer todas as informações para qualquer indivíduo está bem enfatizada por normas legais na maioria dos países. Vários estudos que exploraram as preferências dos clientes para a informação sobre o câncer demonstraram a necessidade crescente de maior envolvimento da pessoa idosa no processo de tomada de decisão e outras informações sobre a doença, como o prognóstico (GIACALONE *et al.*, 2009; PINQUART, DUBERSTEIN, 2004).

Um dado importante no estudo de Pinquart e Duberstein (2004) foi que a busca de informações com o médico diminuiu com a idade, mas a busca de informações em fontes não-médicas, tais como jornais, televisão e amigos, aumentou com a idade, em particular indivíduos com desejo de informações aprofundadas sobre o câncer. Os motivos apresentados foram que as pessoas mais velhas sentem dificuldade em entender a linguagem médica e porque os amigos são mais propensos a responder às suas necessidades emocionais.

Um estudo sugeriu que dizer o diagnóstico de câncer para as pessoas idosas não renderá atitude negativa delas. Portanto, não haveria razão para os médicos

hesitarem em revelar o diagnóstico de câncer apenas por causa da idade do indivíduo (KAWAKAMI *et al.*, 2001). Porém, outros estudos encontraram que a divulgação do diagnóstico de câncer e o prognóstico têm sido correlacionados negativamente com idade e muitas pessoas idosas desejam ter uma participação limitada nas decisões médicas dando liberdade para os familiares e cuidadores (AJAJ, SINGH, ABDULLA, 2001; GIRONÉS, 2014; PINQUART, DUBERSTEIN, 2004; SEIFART *et al.*, 2014).

Uma pesquisa desenvolvida na Malásia, concluiu que os malaios desejam honestidade de seus médicos quando se trata de más notícias. Foi recomendado aos médicos oncológicos incentivar os clientes de etnia malaia a participar através de perguntas sobre a doença a fim de que os profissionais possam dar apoio emocional e garantir que as necessidades do indivíduo estão sendo atendidas. A prática de convidar os clientes a fazer perguntas também foi recomendada em um estudo com pessoas com câncer no Japão (ENG *et al.*, 2012).

Podemos observar que a divulgação completa do diagnóstico de câncer e a preservação da autonomia do indivíduo através da tomada de decisões sobre sua saúde têm sido discutidas na prática médica do ocidente e do oriente. No ocidente, nem sempre esta prática promove uma comunicação aberta e livre com seus clientes. Dessa forma, estudos sobre esta temática podem encorajar o indivíduo a se envolver na tomada de decisão sobre seu tratamento e incentivar o conhecimento sobre sua doença (BUTOW, 2016; GIRONÉS, 2014; PANG, HO, LEE, 2013; PINQUART, DUBERSTEIN, 2004).

2.5 Sobre religiosidade, espiritualidade e morte no contexto oncológico

Os termos “espiritualidade” e “religião” estão relacionados, mas, apesar de muitas vezes serem utilizados como sinônimos, esses conceitos não apresentam as mesmas características (GUIMARÃES, AVEZUM, 2007). A espiritualidade é mais ampla e pessoal, está relacionada a um conjunto de valores íntimos, completude interior, harmonia, conexão com os outros; estimula um interesse pelos outros e por si; uma unidade com a vida, a natureza e o universo.

É aquilo que dá sentido à vida, independente de sua religião, e, dessa maneira, produz capacidade de suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade;

além disso, os aspectos espiritualistas podem mobilizar energias positivas e melhorar a qualidade de vida das pessoas (BRUSCAGIN, 2004). Para alcançar o espiritual, uma pessoa não necessita pertencer a uma religião, ou a um sistema de crenças organizado e compartilhado por um grupo e que inclui a existência de uma força divina ou um ser superior, com propostas de normas, idéias e práticas rituais (SAAD, MASIERO, BATTISTELLA, 2001).

A pessoa idosa passa a vivenciar a sua espiritualidade e religiosidade de forma mais notável após o diagnóstico de câncer. Em um estudo de caso etnográfico foi demonstrado que, após a ocorrência de uma doença grave, as pessoas voltam a Deus mais frequentemente e intensamente do que antes da doença, pois Deus sempre ajuda, sendo essa atitude expressa com mais ênfase entre as mulheres e de forma mais resguardada entre os homens (AQUINO, ZAGO, 2007).

A espiritualidade é parte da constituição de cada ser humano, de sua personalidade, está associada a princípios pessoais, e é capaz de proporcionar harmonia e plenitude interior. É por isso que a religião causa alívio ao sofrimento, a partir do momento que permite uma mudança no entendimento subjetivo pelo qual a pessoa percebe o significado do câncer e o cenário em que está envolvido.

Uma pesquisa qualitativa, realizada com 20 pessoas idosas com câncer, sendo 10 de cada sexo, em um Hospital do Servidor Público, ficou destacado que quem tem fé religiosa se sente mais bem preparado e forte para lutar contra as adversidades da vida. Para o coletivo, a fé e o tratamento aparecem como parceiros interligados e há sinergia para o enfrentamento da doença (TEIXEIRA, LEFÈVRE, 2008).

O fenômeno religioso é importante na vida do ser humano e permite a tolerância e elaboração não só das ocorrências felizes da existência, mas, essencialmente, quando ocorrem os padecimentos. Assim, a religiosidade tende a promover explicações para os mais variados acontecimentos da vida, seja a velhice, a enfermidade ou a própria morte.

No estudo realizado por Barbosa e Freitas (2009), os autores ressaltam que a perspectiva religiosa promoveu apoio, bem-estar e conforto. Assim, afirmam não ser propriamente exagerado dizer que a medicina, a psicologia e a gerontologia, como ciências representantes da cultura ocidental, permitem ajudar as pessoas a adquirirem o controle da própria vida, enquanto que a religiosidade e seus fundamentos, apoiados

na religião ou na espiritualidade, podem ajudar as pessoas a lidar melhor com os limites do seu controle, favorecendo, no contexto da finitude, uma entrega confiante ao mistério absoluto, que se inicia com a percepção da própria morte (BARBOSA, FREITAS, 2009).

No estudo de Lorencetti e Simonetti (2005) com 16 pessoas em tratamento radioterápico, os quais tiveram seus enfrentamentos baseados na emoção que, em situações de estresse, depositam suas esperanças em Deus diante da necessidade de fazer o tratamento. Em outro estudo realizado com 14 pessoas, cientes do diagnóstico de câncer e em tratamento com quimioterapia, foi demonstrado que ocorreu o desenvolvimento de um processo entre a descoberta da doença até a esperança de possibilidade de cura e sobrevivência (GUERRERO, ZAGO, 2011).

Cada pessoa expressa sua espiritualidade relacionando-a à esperança de sobreviver ao câncer. Ao serem interrogados sobre a relação entre o câncer e a espiritualidade, referiram primeiramente a fé, a crença em Deus, a importância da religião e até mesmo sobre o pensamento positivo. Após o sofrimento causado pela doença, aconteceu maior vinculação com a religiosidade e a espiritualidade (GUERRERO, ZAGO, 2011).

Esse tema foi evidenciado também no estudo de Visentin e Lenardt (2010), que destacou que uma das práticas de saúde popular mais difundida ocorre através de grupos de reza, benzedoiras e benzedores que se utilizam de tradições, como os rituais. Embora aleguem certa descrença na benzedora, as pessoas com câncer muitas vezes procuram esses grupos incentivados pelas próprias famílias, seguindo uma tradição familiar.

Quando do diagnóstico de câncer podem ocorrer reflexões e modificações na vida do indivíduo, cuja experiência pode ser estressante, com o combate à doença comumente sendo entendido como uma luta entre a vida e a morte (WESTMAN; BERGENMAR; ANDERSSON, 2006). Também ocorre um impacto doloroso, principalmente no aspecto psíquico/emocional, o qual poderá produzir diversos tipos de reações, interferindo no seu dia a dia e nas suas relações com as pessoas, inclusive com seus familiares (BOSSONI *et al.*, 2009).

O conhecimento do diagnóstico de câncer provoca um impacto profundo nas pessoas e em seus familiares, podendo ser percebido como sinônimo de morte

(BIELEMANN, 2001). Por outro lado, pode levar a luta pela vida, tendenciando à conservação, à defesa e ao impulso à vida (JAAN, 1999). A partir do diagnóstico de câncer fica aberto um longo caminho, o do tratamento, que pode ser incerto, doloroso, prolongado, modificando o pensamento do indivíduo e de seus familiares. Um caminho que vai marcar seu corpo, chocar a família, fazendo com que, muitas vezes, os próprios amigos se afastem. Pode ocorrer mudança nos planos da pessoa e de seus familiares, em especial diante da possibilidade de morte (BOSSONI *et al.*, 2009).

Questões relativas ao processo de viver e o medo de morrer com frequência fazem parte do cotidiano do ser humano e no momento em que ocorre o diagnóstico de câncer a impressão é de que a morte está mais próxima. Algumas pessoas que experimentam essa condição passam a aproveitar o tempo que resta, enquanto outras apenas esperam o seu fim (COYLE, 2006). Assim, é importante estar junto à pessoa e tentar ajudá-lo a enfrentar estas vivências.

As pessoas frequentemente alteram sua rotina diária diante de um possível diagnóstico de câncer, tendo em vista o longo caminho a percorrer durante a doença, desde o início dos sinais/sintomas até a confirmação do diagnóstico, mas sempre mantendo a esperança de que não se concretize (FERREIRA; DE CHICO; HAYASHI, 2005). Assim, manter a esperança do sujeito é essencial para sua sobrevivência e sua qualidade de vida (KOVÁCS, 1998) no sentido de encontrar uma solução positiva, incluindo o tratamento e, se possível, a cura.

Enquanto a doença aponta para a finitude, o tratamento oferece a esperança de vida, é o divino materializado, isto é, ele busca a cura e a esperança de vida que o tratamento lhe oferece contra a possibilidade de morte (FONSECA, CAR, 2000). Buscando a perenidade, o doente pode aceitar o sofrimento gerado pelo tratamento. Contribuindo, Carvalho (2003) relata que é tão arraigada a associação entre a morte e o diagnóstico de câncer que, mesmo continuando a viver, a sua marca, de maneira antecipada, permanece nas pessoas nessa situação.

Os jovens, por sua vez, comumente entendem o câncer não como sinônimo de morte, mas como uma doença que necessita ser tratada. Talvez essa concepção possa estar vinculada ao fato de que o jovem não teve contato com outras pessoas que morreram por este motivo e que a morte está relacionada à velhice e não ao próprio

câncer. Essa percepção, entretanto, nem sempre é aceita pelos familiares, especialmente os pais (BOSSONI *et al.*, 2009).

As pessoas jovens apresentam melhor qualidade de vida quando são comparadas com as mais idosas, porém quando próximos da morte ocorre uma queda na qualidade de vida de ambos, mais sentida na pessoa idosa (DIEHR *et al.*, 2007). Independentemente da idade, porém, o câncer desencadeia reações diversas, decorrentes de seu tratamento, embora as limitações da pessoa idosa sejam maiores (BOSSONI *et al.*, 2009).

Mulheres expressam, com frequência, maior desejo de viver a partir do diagnóstico de câncer (WESTMAN; BERGENMAR; ANDERSSON, 2006). Essa percepção também é mais evidente quando o câncer acomete crianças das quais a mulher é a cuidadora, quando o espírito maternal e de amparo contribui para tal. Os homens vivenciam o sofrimento diante do diagnóstico de câncer de forma distinta, por exemplo, utilizando mecanismos de fuga. Eles apresentam dificuldade em admitir que poderão “fracassar” em algumas situações (BOSSONI *et al.*, 2009).

Após o diagnóstico e uma morte por câncer de um dos membros, a família, normalmente, não será a mesma, passando a existir um divisor de vida entre antes e após o câncer. A morte passa a ser cogitada e dá ao indivíduo tempo para prepará-la. Ter uma morte digna é importante para ele (MAIA, 2005).

A própria família, muitas vezes, por não saber o que fazer, tentará esconder suas emoções do próprio doente, porém este pode interpretar esta vivência como se fosse algo ruim. A morte é vista como um fracasso na batalha contra o câncer e é individual para cada ser e cada uma vivenciará de forma particular (FERRÃO, 2008). O medo da morte é uma resposta racional do ser humano (PENSON *et al.*, 2005).

Quando da morte de um irmão, para os demais é como se perdessem os próprios pais, pois ficará uma lacuna no ambiente familiar. Na maioria das vezes a morte de uma pessoa idosa é mais bem tolerada pela família, tendo em vista que ele já teve um caminho de vida, enquanto que jovens ou crianças teriam uma vida pela frente. Isto é explicado pelo sentimento de perda, dor e silêncio dos familiares e dos pais quando ocorre a morte de uma criança ou jovem (BOSSONI *et al.*, 2009).

A capacidade de morrer com dignidade, é importante para o indivíduo, visto que o câncer habitualmente lhe concede um tempo para preparar a sua própria morte.

Conseqüentemente, enquanto pensa nisso ele também pode demonstrar a negação em relação ao processo de adoecer e morrer, o que poderá repercutir tanto no tratamento quanto no impacto deste em sua família. Algumas pessoas vão adoecer e morrer sozinhas, às vezes em seu próprio sentimento, pois mostram dificuldade de se comunicar com os familiares (BOSSONI *et al.*, 2009).

Um suporte emocional à pessoa é importante, principalmente no que tange à esperança relacionada ao tratamento, à cura e ao valor da vida. Assim, emerge um sentimento de amparo, proporcionando um equilíbrio entre a própria vida e a morte (PAULA *et al.*, 2003), mesmo sabendo que morrer é uma realidade.

Paula *et al.* (2003) observam que esperança, satisfação, projeto e valor de vida positivos estão presentes em indivíduos com câncer, de modo que nos momentos críticos da vida eles se apegam à esperança de cura e delegam ao médico, papel importante na relação. Contribuindo com essa reflexão, Nascimento *et al.* (2005) alertam que não se deve subestimar a competência dos familiares no tratamento e cuidado de pessoas com câncer e nem os deixar desamparados. Entende-se que, nesse momento, pode ocorrer desintegração das relações entre os familiares, porém, a união desse grupo manterá a esperança e poderá ressignificar essas relações.

Os profissionais cuidadores devem estar preparados técnica e emocionalmente para ajudá-lo nesse momento difícil. Muitas vezes o simples fato de ouvir, estar presente, dar afeto/carinho é mais importante do que outra intervenção terapêutica. Para o indivíduo doente, o não se sentir só contribui para a superação das dificuldades que terá de enfrentar. A religiosidade/fé na cura pode ser utilizada pela pessoa e familiares como uma estratégia de enfrentamento ao processo de adoecimento, morte e morrer. Associada a isso, a relação de confiança com a equipe responsável pelo cuidado concorre para o indivíduo sentir-se amparado e tranquilo (BOSSONI *et al.*, 2009).

No decorrer do tratamento o indivíduo frequentemente sente-se angustiado, se percebe olhado, manipulado, ferido, dependente, pois usualmente apresenta limitações físicas provocadas pela enfermidade e tratamento, tais como alopecia, vômitos, náuseas, fadiga, fraqueza, dentre outras. A isso se associa a incerteza quanto à eficácia do tratamento (BOSSONI *et al.*, 2009). O medo do sofrimento, da dor e o surgimento de outros sintomas, como a depressão e o aspecto de doença mutilante,

são elementos que atuam negativamente e, por vezes, a morte passa a ser vista como um alívio, inclusive pode conceber a eutanásia como solução para essa condição (SIRKIÄ *et al.*, 2000; SUAREZ-ALMAZOR *et al.*, 2002).

O luto pode ser uma situação vivenciada pelos indivíduos e familiares, uma vez que há perdas de diversas naturezas. Para Jaan (1999), o termo luto significa um processo psicológico que ocorre em resposta a uma situação de perda e separação. Carvalho e Merighi (2005) explicam que, dentre os seres vivos, o homem é o único que sabe que vai morrer, o que o leva a experimentar vários sentimentos, dentre estes o medo da morte. Segundo Rodrigues (2001), as emoções ante a morte de alguém próximo são muitas vezes divergentes daquelas sentidas quando morre uma pessoa em tratamento oncológico, de modo que o tipo de emoção suscitada se relaciona diretamente com o indivíduo que morre.

A lembrança da pessoa após sua morte, “o luto deste”, pode durar muito tempo, e é evidenciada em aniversários, feriados, eventos, estações, embora o “luto normal” dure em torno de dois anos, chega um momento em que a maioria dos familiares aceita a morte, e o tempo acaba cicatrizando a dor da perda (WALSH; MCGOLDRICK, 1998). Com relação ao gênero, mulheres são mais livres e expressam seu luto e sua dor por meio do choro, enquanto que os homens tentam negar e esconder essas vivências na tentativa de evitar sofrimento. Cada família e cada pessoa deve encontrar seus próprios meios para vivenciar o luto (WALSH; MCGOLDRICK, 1998).

A subjetividade está presente no processo de adoecimento por câncer e as reações divergem de uma pessoa para outra. Salienta-se que quanto mais jovem o doente, maior é o sofrimento e a atuação dos profissionais de saúde na atenção a esse contingente populacional, extensivo aos familiares, privilegiando os aspectos biológicos, psíquicos, emocionais, sociais e espirituais (BOSSONI *et al.*, 2009).

2.6 A Enfermagem no cuidado à pessoa que vivencia a doença oncológica

O câncer repercute no indivíduo e as restrições físicas e psíquicas decorrentes da doença implicam mudanças significativas, levando a pessoa a afastar-se do convívio pessoal ou interromper projetos de vida. No estágio avançado, 90% dos clientes

queixam-se de dor moderada a severa, suficiente para reduzir suas atividades e exigir medicações, sendo a dor secundária à evolução da patologia (SILVA *et al.*, 2011).

O cliente com câncer deve contar com uma ampla estrutura de apoio para enfrentar as diferentes etapas do processo, pois requerem intensos cuidados e exigem da equipe de enfermagem conhecimento científicos e habilidades no tocante ao reconhecimento de sinais e/ou sintomas subjetivos próprios destes clientes (SOUZA; VALADARES, 2011).

Diante do câncer, o cliente oncológico passa por completa mudança em suas relações sociais, familiares e consigo mesmo, portanto, é necessário que haja assistência humanizada capaz de vê-la como pessoa que sofre, mas que não perdeu sua essência. A assistência de enfermagem para pessoas com câncer deve ser vista como cuidado pleno, encorajador, afetuoso e comprometido em auxiliar na adaptação às novas condições de vida (ARAÚJO; SILVA; BONFIM, 2010).

Diante de uma patologia como o câncer, o envolvimento familiar é inevitável. A família é a principal instituição social em que o indivíduo inicia suas relações afetivas, cria vínculos e internaliza valores. Essa relação familiar apresenta-se de forma interligada como se fosse à extensão do outro, pois acredita-se que a experiência de uma doença grave traz modificações no modo de pensar, sentir e agir das pessoas (SOUZA; SANTO, 2007).

Visando a diminuição do impacto das possíveis alterações físicas e emocionais e, também, dos efeitos colaterais adversos do tratamento quimioterápico e, numa tentativa de proporcionar uma maior qualidade de vida as pessoas, a oncologia surge como uma especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as propostas, muitas vezes na busca de acrescentar “anos à vida” era deixado de lado à necessidade de acrescentar “vida aos anos” (CHAVES; GORINI, 2011).

A percepção pelo enfermeiro dos problemas relacionados à morte e ao adoecer é fortemente influenciada por suas vivências, conhecimentos, valores éticos e pessoais e nessa perspectiva, cada indivíduo, a pessoa cuidada, profissional ou familiar, deve ser considerado como único, tendo necessidades, valores e crenças específicas, o impacto da doença e hospitalização do indivíduo e a influência da interação familiar sobre a causa e sua cura, tem obrigado a enfermagem a um compromisso de incluí-la nos cuidados de saúde (CASANOVA; LOPES, 2009).

Os cuidados de enfermagem ao cliente com câncer devem ser individualizados, pois cada fase da vida apresenta transformações fisiológicas e psíquicas. O indivíduo está fragilizado e com uma perspectiva de sobrevida reduzida; por isso diante de um diagnóstico de uma doença neoplásica, a sua perspectiva se torna bem reduzida e ocorre um grau de sofrimento. O enfermeiro deve promover uma maior aproximação com esse cliente, alcançado por meio da comunicação, para identificar suas necessidades e proporcionar, melhor qualidade de vida (PETERSON; CARVALHO, 2010).

A importância do relacionamento da pessoa cuidada, equipe de enfermagem e família, no processo de cuidar, inclui a maneira como é dada a notícia, a clareza com que é abordado o assunto, a abertura que é dada à pessoa e a sua família para que assim se possa conversar sobre o seu sofrimento, sentimentos, dúvidas, recuperação. A pessoa com câncer precisa de ajuda da enfermagem na identificação de seus problemas para enfrentá-los de forma realista, participar ativamente da experiência e, se possível, encontrar soluções para eles (PEDRO; FUNGHETTO, 2005).

O processo de assistir e o cuidado ao cliente oncológico é uma área específica da enfermagem. A enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano. Cuidado é entendido como ir ao encontro, dar sentido à existência, buscar transpor a realidade do sofrimento e da dor, mediante formas criativas e efetivas e vislumbrando novos horizontes de cuidado. Desta maneira, o cuidar na enfermagem se traduz em uma dinâmica de troca e interação, alicerçada na confiança, respeito, ética e na experiência compartilhada de vida (GUERRERO *et al.*, 2009).

Compete à equipe de enfermagem oncológica, além das atribuições de cunho técnico e assistencial, atividades de caráter educativo, relativas à prevenção, detecção precoce, cuidados e reabilitação, envolvendo equipe, indivíduo e familiares (STUMM *et al.*, 2008). Essas ações, uma vez concretizadas, contribuem na melhoria da qualidade de vida ou sobrevida dos clientes oncológicos. A atuação do enfermeiro na reabilitação e tratamento da pessoa com câncer é ampla e variada as suas intervenções, o planejamento é realizado considerando as especificidades vivenciadas de cada um, o processo de reabilitação tem como alvo o indivíduo e a família, requerendo que assistência seja prestada de forma holística (STUMM *et al.*, 2008).

O cuidar está voltado para propiciar a melhoria da qualidade de vida da pessoa que, por vezes, necessita de uma abordagem diferenciada para descobrir quais as implicações e impacto social, emocional, físico e espiritual que a doença traz consigo e identificar as expectativas em relação à terapêutica instituída. Ao enfermeiro cabe otimizar este cuidado, sendo um bom avaliador dos sintomas e suas intensidades, atuando preventivamente quanto às complicações indesejáveis, realizando um manejo adequado de lesões e limitações impostas pelo agravo da doença oncológica avançada (SOUZA; SANTO, 2007).

Um elemento essencial para a prática de enfermagem e para a avaliação das necessidades culturais depende de uma comunicação eficaz com todos os clientes e seus familiares, assim, cuidado competente significa ser sensível, além, claro, respeitar a forma como os próprios indivíduos desejam ser tratados. Durante a interação com as pessoas, é importante saber escutá-las ativamente, observar a linguagem corporal, ouvir o que elas estão dizendo (GUERRERO *et al.*, 2009).

Para Souza e Valadares (2011) o ato de cuidar implica em estabelecer interação entre as pessoas, os que cuidam e os que são cuidados. Portanto, cuidar do outro não é somente imprimir ações técnicas, mas, fundamentalmente, sensíveis. De tal modo, envolve o contato entre humanos através do toque, do olhar, do ouvir e da fala, uma ação que envolve sensibilidade própria dos sentidos, bem como a liberdade, a subjetividade, a intuição e a comunicação. Os processos emocionais desencadeados nesses indivíduos exigem um profissional especializado. É essencial compreender e dar suporte a essas transformações, bem como ouvir e aprender, tendo sempre em mente que se está cuidando de um ser humano e não apenas da enfermidade que ele traz (SOUZA; SANTO, 2007).

A sensibilidade permeia o cuidado, solicita que o profissional esteja receptivo para ajudar na medida do possível, atendendo as necessidades do outro. Por isso, é necessário aprender canalizá-la de forma que possa conduzir o profissional a realizar o cuidado de maneira sensível, sem deixar de utilizar os procedimentos tão necessários no fazer da enfermagem. Assim, o cuidado implica empatia, carinho, proporcionar medidas de conforto e com isso bem-estar, envolve doação, sugere apoio, conversa, momentos juntos; sendo assim, todos contribuem para um cuidado ampliado e humano e não restrito à técnica (KLUSER *et al.*, 2011).

O processo assistencial ao cliente oncológico caracteriza-se como unidade complexa que liga, transforma, mantém ou produz acontecimentos não somente para o cliente, mas, também para o enfermeiro. Pensar no cuidado representa apontar no sentido da auto-organização do enfermeiro, considerando os aspectos como: autonomia, relações e atitudes profissionais. É admirável que o enfermeiro na prática com o cliente oncológico possa compreender as respostas humanas, e, portanto, inclusive emocionais.

O cuidado exige conhecimento técnico, científico e sensibilidade aguçada para o entendimento das respostas verbais e não verbais do indivíduo. De tal modo, o enfermeiro junto ao cliente oncológico utiliza-se de estratégias, como se apropriar dos diagnósticos de enfermagem enquanto instrumento para o cuidado para prestar melhor assistência de enfermagem, considerando sua complexidade assistencial, que demanda, sobretudo, cuidados especializados (SOUZA; VALADARES, 2011).

O profissional da equipe de enfermagem oncológica, por estar mais presente no cotidiano das pessoas com diagnóstico de câncer e de seus familiares, vivencia situações difíceis as quais podem despertar sentimentos que resultem em desgaste físico e emocional. A relação entre o profissional de enfermagem e o outro pode se estabelecer em uma interação que transcende o saber técnico-científico, suscitando vínculos de natureza pessoal e afetiva (KLUSER *et al.*, 2011).

Desse modo, é possível perceber a importância do enfermeiro para o controle do medo, da fragilidade, das angústias e das dificuldades encontradas na experiência da internação através da assistência de enfermagem promovendo suporte psicossocial, provendo conforto e cuidados necessários para este contexto.

Devido à deficiência de estudos que abordasse o objeto de estudo, a pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer, este capítulo trouxe limitações ao abranger o cuidado de enfermagem ao indivíduo em geral e não específico ao objeto de estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO-METODOLÓGICO

Ao buscar a compreensão dos significados da pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer, encontrei a possibilidade de desvelar esse fenômeno existencial a partir do referencial filosófico de Martin Heidegger, pois este filósofo procurou desenvolver um método próprio de interpretação e análise na busca de compreender os “entes dotados do ser da presença, seu sentido de ser em sua existência” (HEIDEGGER, 2013).

A fenomenologia é um movimento filosófico que se firmou a partir do pensamento de Edmund Husserl (1859-1938), no início do século XX. Posteriormente, vários pensadores seguiram a fenomenologia, como: Martin Heidegger, Alfred Schutz, Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty (SILVA, LOPES, DINIZ, 2008).

A fenomenologia permite refletir a possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam. Não se preocupa em buscar as relações causais e sim de descrever com rigor o fenômeno sem explicá-lo, mostrar, não para demonstrar; pois, através da descrição rigorosa é que se pode chegar à essência do fenômeno (CAPALBO, 1984).

Em sua obra “Ser e Tempo”, publicada em 1927, Martin Heidegger procura compreender a existência do ser humano ontologicamente. O sentido que Heidegger busca é a questão fundamental do homem como ser finito, o sentido da vida fáctica. É o sentido do ser, o sentido da existência que deve ser interrogado. Para ele, a verdade consiste no esforço da revelação, da manifestação, de deixar que as coisas apareçam. Mas o que entendemos realmente por “ser”? (ARAÚJO, 2013)

A compreensão do ser é disponibilizada pelo sentido do ser que é atribuído pelo *ente*, sendo este, “*tudo aquilo que é*”. O ser é algo autônomo e independente que se dá por meio do movimento existencial, do seu modo de ser, do *Dasein (ser-aí)*, e que não se deixa apreender ou determinar por completo, seja diretamente ou por desvios, devido a complexidade de sua existência, o ser não o é sem seus modos de manifestação. O “ser” não é um “ente”, mas a condição de possibilidade de todo ente (HEIDEGGER, 2015, p. 39).

Qualquer um de nós compreende o que é “ser” sem que possamos definir exatamente esse “é”. *Essa compreensão vaga e mediada de ser é um fato*. Mas aquilo que nos parece próximo e límpido pode se mostrar obscuro e distante quando não é

tema de uma investigação. Em uma investigação na busca pelo ser, com a finalidade de determiná-lo como tal, Heidegger descreve três momentos que são caracterizados pelo próprio ser ou aquilo de que se pergunta, o *questionado*; o ente ou aquilo a que se pergunta, o *interrogado*; e o sentido do ser ou aquilo que se quer compreender do tema da investigação, o *perguntado* (HEIDEGGER, 2015, p. 41,42).

Elaborar a questão do ser significa, portanto, tornar transparente um ente – que questiona – em seu ser. Como modo de ser de um ente, o questionar dessa questão se acha essencialmente determinado pelo que nela se questiona – pelo ser. Designamos com o termo *presença* esse ente que cada um de nós mesmos sempre somos e que, entre outras coisas, possui em seu ser a possibilidade de questionar (HEIDEGGER, 2015, p. 42,43).

Ao próprio ser com o qual a presença pode relacionar-se dessa ou daquela maneira e com o qual ela sempre se relaciona de alguma maneira chamamos de *existência*. A questão da existência é um “assunto” ôntico da presença e que só poderá ser esclarecida sempre pelo próprio existir (HEIDEGGER, 2015, p. 48). Assim, *Dasein* e existência se iluminam reciprocamente, apenas tendo-se presente a existência, pode-se entender o *Dasein*, e vice-versa (ARAÚJO, 2013).

A existencialidade, por sua vez, indica o *Dasein* do ponto de vista ontológico, pretende desdobrar e discutir o que constitui a existência, o conjunto de estruturas dos possíveis modos de ser do *Dasein*. É por isso que se deve investigar, na *analítica existencial da presença, a ontologia fundamental* de onde todas as demais podem originar-se (HEIDEGGER, 2015, p. 49).

A partir do modo de ser que lhe é constitutivo, a presença tende a compreender seu próprio ser a partir *daquele* ente com quem ela relaciona e se comporta de modo essencial, primeira e constantemente, a saber, a partir do “mundo”. As modalidades de acesso e interpretação devem ser escolhidas de modo que esse ente possa mostrar-se em si mesmo e por si mesmo, a presença tal como ela é *antes de tudo* e na *maioria das vezes*, em sua *cotidianidade* mediana (HEIDEGGER, 2015, p. 53,54).

A expressão “fenomenologia” caracteriza os objetos como eles são, nos seus próprios modos de ser e existir e tem o objetivo de “*ir-às-coisas-mesmas*”, de observar o fenômeno como ele se manifesta, como se apresenta e é compreendido pelos seres

que o vivenciam, pois o fenômeno é “o elemento, o meio, em que alguma coisa pode vir a se revelar e a se tornar visível em si mesma” (HEIDEGGER, 2013, p. 67).

A fenomenologia se apresenta como um dos caminhos para a pesquisa em enfermagem, permite ao pesquisador desvelar o fenômeno interrogado, a partir da vivência dos seres (CORRÊA, 1997). Assim, na pesquisa fenomenológica, o que se busca são os significados que os entes atribuem à experiência vivida, que se revelam a partir de suas descrições. Para que o pesquisador chegue ao mundo-vida dos indivíduos, pressupostos ou ideias preconcebidas, sem explicação causal, a fim de desvelar o fenômeno, elucidar as essências, devem ser despidas para que as necessidades de cuidado surjam a partir das demandas individuais (CAPALBO, 1984).

Heidegger (2013) denomina dimensão ontológica, relativa à pre-sença, originária, essencial ao que aparece em sua experiência vivencial num dado momento e a dimensão ôntica relativa as suas características objetiváveis, materialidade que aparece do que é imediatamente dado, do ente.

A compreensão do comportamento humano é percebê-lo do interior, do ponto de vista do ser animado, logo, naquilo que o torna propriamente humano e o distingue de um movimento físico (DARTIGUES, 1973). A pesquisa fenomenológica na enfermagem alerta no sentido de que fenômenos como relações enfermeiro-ser cuidado, saúde-doença, vida-morte, não podem ser compreendidos isolados da pessoa que os vive concretamente na totalidade de sua existência. De maneira humana existencial, é preciso compreender o fenômeno no ser que o vivencia, onde esse ser concreto está existencialmente confrontado (CAPALBO, 1994).

Desse modo, a pessoa idosa que vivencia o adoecimento oncológico, é um ser-aí, que precisa ser compreendido, levando em consideração as dimensões do seu existir. Portanto, o método fenomenológico de Martin Heidegger nos possibilita interrogar e compreender as coisas como são, como se manifestam no cotidiano do ser pesquisado e descreve-las com rigor, para que seja possível chegar à essência do fenômeno (VIEIRA, MONTEIRO, 2011).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Para alcançar o objetivo proposto, desvelar o sentido da pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer, de acordo com a interpretação das dimensões originárias de estar-no-mundo que se mostram reveladas, este processo de investigação se funda no pensamento teórico-metodológico da fenomenologia de Martin Heidegger (HEIDEGGER, 2015).

O estudo se insere na linha de pesquisa Fundamentos Teóricos Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e no grupo de pesquisa sobre O Cotidiano do Cuidar em Saúde e em Enfermagem, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O cenário do estudo foi um centro de referência na área de atenção oncológica, sediado no interior de Minas Gerais. O atendimento ali desenvolvido é destinado a 94% da população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo os outros 6% direcionados à clientela de outros convênios e particulares. Do total de 71 leitos para internações, 62 são destinados às pessoas oriundas do SUS e 09 para os demais (ASCOMCER, 2015).

A instituição também atua na prevenção, diagnóstico, tratamento cirúrgico, radio e quimioterápico do câncer e seguimento posterior, ofertados à população do município e adjacências pactuadas. Em 2013, ao mês, foram atendidas cerca de 1.300 pessoas em exames preventivos e diagnósticos e 1.900 nas modalidades terapêuticas (ASCOMCER, 2015).

Antes da etapa de campo foi solicitada aos responsáveis da instituição hospitalar autorização para a realização do estudo, pesquisa em prontuários e declaração da infraestrutura necessária. Estas autorizações foram dirigidas à Presidência (Anexo1), ao Diretor Técnico (Anexo2), ao Diretor Clínico (Anexo 3) e à Responsável Técnica da Divisão de Enfermagem (Anexo 4). Também foi solicitada a anuência da Direção da Faculdade de Enfermagem (Anexo5) e ao Chefe do Departamento de Enfermagem Aplicada (Anexo6).

Estes documentos abrangem a autorização para a realização da pesquisa, citação do cenário, divulgação de seus resultados exclusivamente em eventos e/ou

periódicos de natureza científica e garantia da infraestrutura necessária ao seu desenvolvimento. Foram seguidas todas as etapas da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e complementares que dispõem as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisadora se comprometeu a seguir todos os termos de confidencialidade e sigilo (Anexo 7).

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF) em 3 de novembro de 2016 através do Parecer 1.803.461 (Anexo 8).

Os participantes da pesquisa foram pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003), de ambos os sexos, sem distinção de cor, idade, religião, crença ou raça, possuam diagnóstico de câncer confirmado no prontuário, em tratamento ambulatorial ou hospitalizado na instituição cenário de estudo durante o período determinado para o trabalho de campo. Deveriam ainda estar lúcidos e orientados para responder aos questionamentos propostos e aceitar participar livre e voluntariamente, decisão esta firmada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou por impressão digital em caso de participantes não alfabetizados (Apêndice A).

Foram previstos como critérios de exclusão, as pessoas idosas que se recusaram a participar, aquelas que não assinaram o TCLE ou as que expressaram, em algum momento, que não desejavam dar continuidade à sua participação e aquelas que vieram a óbito, por se tratar de uma doença com alta mortalidade. Algumas pessoas se recusaram a participar. Após o aceite nenhum participante pediu para se retirar do estudo.

Para favorecer o desenvolvimento do estudo e promover a aproximação do pesquisador com o cenário do estudo ocorreu a etapa de ambiência que prevê aquisição de conhecimentos sobre a área física, horários e espaços mais adequados para as entrevistas, convite aos participantes e demais informações que viabilizem sua realização (MELO, 2009).

Ao fazer o convite às pessoas idosas informei que sua participação era livre e voluntária, sem ônus ou ganhos financeiros, da possibilidade de se retirar do estudo a qualquer momento e que sua recusa não afetaria o modo como seriam tratados pela pesquisadora ou interfeririam seu tratamento na instituição. Esclareci sobre a

justificativa, objetivo e procedimentos da pesquisa, garantido o anonimato e o ressarcimento por qualquer dano que porventura viesse a ocorrer e que, todo o material relativo à pesquisa será arquivado pelo período de cinco anos e depois destruído. Seu consentimento então se deu pela assinatura do TCLE.

Aos participantes foi garantido o anonimato e o esclarecimento quanto aos riscos, considerados como mínimos. Entretanto foi prevista a possibilidade de que ocorresse o aflorar de emoções, leve desconforto ou constrangimento durante a entrevista. Os depoentes da pesquisa que viessem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação seriam indenizados por parte da pesquisadora, porém não houve a percepção por parte da responsável pela pesquisa de qualquer risco ou dano significativo aos participantes.

Os depoimentos foram obtidos por meio de entrevista gravada, após anuência dos participantes. Assim, a entrevista foi gravada em formato de mídia digital (Mp3), garantindo a total fidelidade às expressões que posteriormente foram transcritas pela pesquisadora. Para garantir o sigilo quanto à identidade dos depoentes, foi empregado um álbum com fotografias e seus respectivos nomes de árvores frutíferas que foi apresentado aos depoentes e cada um ficou à vontade para escolher o seu.

Para o entrevistado verbalizar livremente suas ideias e opiniões, faz-se necessário o encontro empático, onde o pesquisador se aproxima e conversa sobre o tema foco do estudo, valendo-se de um instrumento anteriormente preparado. Este em sua parte inicial continha indagações que permitiram aquecer a conversa e obter informações de caracterização para construção posterior da historiografia dos participantes.

Posteriormente, foram realizados os questionamentos amplos que possibilitaram a expressão livre na conversa sobre a temática enfocada no estudo. Neste contexto foram formuladas as seguintes indagações: O (a) senhor (a) vai me contar sobre o seu adoecimento. Como você descobriu que estava doente? Como foi que o(a) senhor (a) se sentiu com esta notícia, suas emoções? Como foram suas conversas com os profissionais de saúde sobre sua doença, seus sentimentos? Que profissionais abordaram este assunto com o senhor (a)? Você quer conversar sobre mais alguma coisa ou completar algo? (Apêndice B).

Este estudo se propôs a trazer ao foco a pessoa idosa em suas variadas dimensões e aclarar a situação de vivenciar o adoecimento por câncer, fenômeno que, na construção do solo de tradição, se mostrava na obscuridade. Ao oportunizar sua livre expressão de como vivencia esta situação, também foi prevista a possibilidade dela ter ou não ter ciência de seu diagnóstico médico. Considerou-se que esta informação não era abarcada como da competência desta investigação, porém seria algo que poderia ou não emergir das falas dos depoentes. Assim, foram tomados todos os cuidados na sua formulação, de modo a que a pessoa discorresse livremente sobre o que ela própria conhecia e compreendia sobre seu adoecimento.

Deste modo, optou-se pela não utilização do termo câncer no delineamento do título, do objetivo e das questões previamente elaboradas para a condução da entrevista. As indagações foram organizadas de forma que a pessoa idosa mergulhasse na temática e verbalizasse sobre seu adoecimento e sobre o (des)conhecimento do diagnóstico de câncer.

Embora em estudos qualitativos não seja definido previamente o número de participantes, foi pensado a critério de planejamento, que vinte entrevistas consistentes possibilitariam atender ao objeto e objetivo do estudo, no entanto as falas de quatorze participantes foram suficientes para atender a essa proposta. As entrevistas foram realizadas no período de 10 de novembro de 2016 a 24 de abril de 2017 após a aprovação do Comitê de Ética. Outro recurso utilizado nas pesquisas desta natureza é o diário de campo. Nele foram descritos logo após cada encontro, a linguagem não verbal manifestada pelas pessoas idosas, suas diferentes expressões faciais, gestos, emoções e observações da pesquisadora sobre este momento. A partir deste relato apreendido pelo pesquisador se deu a elaboração da historicidade.

No encontro fenomenológico e na etapa de transcrição, na tentativa de compreender o ser e desvelar as facetas do fenômeno, o pesquisador deve colocar em suspensão o seu ser-no-mundo e estabelecer uma busca ciente dos significados através da redução dos pressupostos. (HEIDEGGER, 2013) Desse modo, o processo de elaboração da análise teve início na etapa de transcrição, fase considerada importante na aproximação e imersão no contido nas expressões. Deste modo, todas as informações resultantes desta etapa foram acessadas através de várias e

sucessivas leituras atentas e aprofundadas, com vistas a captar a essência dos depoimentos.

Heidegger (2013) descreve dois movimentos metódicos – a compreensão vaga e mediana e a hermenêutica. Inicialmente se buscou apreender as estruturas essenciais que expressaram os significados do fenômeno nos depoimentos e pela sua organização, foram constituídas as unidades de significados. Esta construção possibilitou elaborar o conceito de ser para a conquistado fio condutor de análise compreendido vaga e medianamente pelos participantes. No segundo momento metódico, se deu a análise interpretativa ou hermenêutica, em que, o pesquisador se ilumina pelos conceitos de Martin Heidegger a fim de desvelar os sentidos da pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer.

5 ANÁLISE COMPREENSIVA

Primeiro movimento analítico do referencial metodológico heideggeriano, também denominado visão prévia, busca a compreensão dos significados atribuídos pelas pessoas idosas que vivencia o adoecimento por câncer. Procura compreender fatos cotidianos, o que o ser mostra para todos diretamente e na maioria das vezes. Na transcrição e leituras atentas dos depoimentos iniciam-se os destaques aos significados contidos nos depoimentos, aqui também se constrói a historiografia e historicidade (PAULA *et al.*, 2012).

Das expressões que foram emergindo, buscou-se a organização em unidades de significação para o desenvolvimento da análise compreensiva. A síntese das unidades que captam a essência do fenômeno pesquisado forma o fio condutor para que a compreensão interpretativa se desenvolva. A hermenêutica ou concepção prévia trata de desvelar o fenômeno, o qual não se mostra diretamente no fato, mas nele está velado, necessitando de uma factual desconstrução (PAULA *et al.*, 2012).

5.1 Historiografia

A historiografia é composta pela dimensão ôntica dos fatos que contextualizam o quem do ser-pessoa-idosa com a finalidade de mostrar aspectos pessoais da pessoa idosa como gênero, idade, ocupação, escolaridade e religião/crença. Essas informações foram acessadas antes do início da entrevista, também como forma de aproximação para as indagações sobre a temática. Foram solicitadas informações sobre seu adoecimento (diagnóstico médico, tempo de diagnóstico e tratamentos em realização) e quando não sabiam responder eram obtidas a partir de consulta aos prontuários (Quadro 1).

Quadro 1 - Historiografia

DEPOENTES	GÊNERO	IDADE	OCUPAÇÃO	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO/ CRENÇA	DIAGNÓSTICO MÉDICO	TEMPO DE DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO EM REALIZAÇÃO
Jaboticabeira	M	70	Aposentado	Fundamental	Católico	CA de Próstata	4 meses	Radioterapia
Cajueiro	F	87	Aposentada	Analfabeta	Evangélica	CA de Pele	4 anos	Radioterapia
Caramboleira	M	62	Aposentado	Profissionalizante	Católico	CA Colorretal	1 ano e 1 mês	Quimioterapia/Radioterapia
Aceroleira	F	60	Do lar	Fundamental	Evangélica	CA de Pulmão	4 meses	Quimioterapia/Radioterapia
Laranjeira	F	70	Do lar	Fundamental	Católica	CA de Colo do Útero	2 anos	Quimioterapia
Pessegueiro	M	73	Aposentado	Analfabeto	Católico	CA de Pâncreas	3 meses	Quimioterapia/Radioterapia
Amoreira	F	61	Professora	Superior Incompleto	Católica	CA de Mama	2 meses	Cirúrgico/Quimioterapia
Videira	M	75	Aposentado	Fundamental	Católico	CA de Estômago	3 meses	Cirúrgico/ Quimioterapia/Radioterapia
Mamoeiro	F	60	Professora	Superior	Cristã	CA Anal	1 mês	Cirúrgico/ Quimioterapia/Radioterapia
Mangueira	F	67	Doméstica	Analfabeta	Católica	CA de Colo do Útero	4 meses	Radioterapia
Pitangueira	F	85	Doméstica	Analfabeta	Evangélica	CA Primário Oculito + Metástase	18 dias	Clinico/Radioterapia
Bananeira	F	60	Doméstica	Fundamental	Católica	CA de Mama	7 meses	Cirúrgico/Radioterapia
Figueira	F	62	Doméstica	Fundamental	Evangélica	CA de Estômago	6 meses	Clinico/Quimioterapia
Abacateiro	F	66	Aux. de Rouparia	Fundamental	Testemunha de Jeová	CA de Pele Melanoma + Metástase	5 meses	Clinico/ Quimioterapia/Radioterapia

A pesquisa contou com a participação de 14 depoentes, pessoas idosas que vivenciavam o adoecimento por câncer, dos quais 4 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino, com idades entre 60 e 87 anos. Cabe destacar o predomínio de mulheres idosas corroborando com o fenômeno de “feminilização do envelhecimento”.

Em relação à ocupação, cinco pessoas idosas se declararam aposentadas, seis pessoas idosas mantêm-se ocupadas com atividades do lar e três idosas declararam ativas em suas profissões. Neste estudo, ficou pouco evidente a permanência de pessoas idosas no mercado de trabalho. Muitos idosos permanecem no mercado de trabalho por questões pessoais ou financeiras, aplicando nas instituições ou empresas seus conhecimentos e experiências, que precisam ser aproveitados pelos empregadores.

A baixa escolaridade das pessoas idosas também predominou neste estudo. Quatro pessoas idosas são analfabetas e apenas uma declarou ensino superior completo. Segundo o levantamento anual Global Age Watch Index (2015), menos de 30% da terceira idade do Brasil possui ensino superior ou secundário. Outro aspecto apontado pelo estudo de Melo, Ferreira e Teixeira (2014) é que quanto maior o nível de escolaridade das pessoas idosas maior acesso aos serviços básicos, incluindo a saúde.

A religiosidade/crença foi destacada por todos os idosos. Segundo Gutz e Camargo (2013) a espiritualidade pode ser contemplada na velhice como um dos recursos de enfrentamento para situações adversas, constituindo-se de aspectos emocionais e motivacionais na busca de um significado para a vida.

Os tipos de câncer mais prevalentes entre homens (próstata e aparelho digestivo) e mulheres (mama e colo do útero) neste estudo ratificam as estimativas do INCA para o biênio 2016-2017.

O tempo de descoberta do diagnóstico médico variou de 18 dias e 4 anos. Os tratamentos realizados pela maioria dos idosos eram a combinação de quimioterapia e radioterapia, e também o cirúrgico.

5.2 Historicidade

A historicidade revela subjetividades do encontro fenomenológico. A escuta das entrevistas e o diário de campo foram importantes neste momento, pois possibilitaram recordar cada expressão, sorrisos, lágrimas, silêncio, curiosidade e por meio da redação, transmito um pouco de minha vivência com esses entes. Suas singularidades foram mantidas através do modo de falar e fidelidade da resposta.

JABUTICABAS

“O sabor só pode ser comparado
A esta doce e suave lembrança.
É na jabuticabeira de minha infância,
Que reencontro os meus sonhos...
- Saudade! –”
Verluci Almeida

Jabuticabeira veio saltitando pelo corredor, se despedindo de todos e exclamando: “Hoje é minha última seção de radio! Muito obrigado a todos!”. Sorrindo aceitou participar da pesquisa. Quando abriu o álbum e se deparou com a imagem da jabuticabeira disse: “Vou escolher essa, pois tenho uma lá no meu quintal!”. As mãos, sempre em movimento, passavam pela cabeça e se erguiam ao falar de Deus. “Abalado” dizia que ficou e seus olhos ficaram marejados.

A SOMBRA DO CAJUEIRO

“E eu aqui sozinha e quieta
vendo a vida passando
e eu, sentada a sombra desse cajueiro
a sonhar com o meu amor, primeiro.”
Josenete Dantas

Cajueiro a árvore mais vivida. Veio cabisbaixa, com seu andar curvado e lento, havia em sua linguagem um jeito simples de se expressar bem como ao folhear o álbum com as fotografias, a cada árvore que passava ela dizia: “Olha! Essa eu gosto... essa nem tanto... e retornou à foto do cajueiro, essa é minha preferida!”. Contou-me um pouco de sua rotina, de ir ao Hospital e depois ir à igreja. Mudou-se para a cidade para morar com irmão que há pouco havia falecido. Ficou emocionada ao falar dele. Mora sozinha e disse que é muito calada. Mostrou-se um pouco desentendida durante a entrevista e eu tentava esclarecer minhas indagações. Sorriu quando lhe entreguei a foto de presente e me deu um abraço se despedindo.

PÉ DE CARAMBOLA

“Debaixo daquele pé de carambola
A vida rola
Ninguém percebe
Mas ele vê como a vida segue
Aquele pé de carambola tem história”
Jel Lourenzo

Convidei **Caramboleira** através de uma conhecida em comum. Marcamos nosso encontro em sua residência, quando cheguei bati e achei que não havia ninguém. Logo ouvi uma voz: “Estou indo!”. Antes mesmo de explicar sobre a pesquisa ele foi me contando sobre seu vivido. Sentamos na copa, ele me ofereceu uma água e eu fiz uma breve interrupção dizendo a ele que precisava gravar seu depoimento. Ele se desculpou e eu lhe expliquei todas as etapas do nosso encontro, assim recomeçamos nossa conversa. Caramboleira foi bem detalhista ao me contar tudo e o quanto ele estava otimista.

MEU PÉ DE ACEROLA

“O meu pé de acerola,
 Minha árvore do bem;
 Produz, de encher sacola!
 Igual a ele não tem.
 É fonte de vitamina,
 Chega curar algum mal;
 Seu produzir ilumina
 O fundo do meu quintal!”
 Irmão Ribamar

Quando entrei na enfermaria e avistei **Aceroleira**, ela estava sentada na cadeira falando ao celular perto da janela. Ao me aproximar ela foi logo se despedindo ao telefone e dizendo que tinha uma enfermeira querendo falar com ela. Falei que podia ficar à vontade e que aguardava ela terminar. Ao aceitar participar, pediu que a filha ficasse presente. Esta foi muito discreta, por vezes ela respondia algo que Aceroleira havia esquecido. Sua fala era rápida até o momento em que eu liguei o gravador. Ela olhava para o gravador e se perdia na resposta. Fiz uma interrupção e expliquei novamente que estava só gravando o áudio e a filha se ofereceu para segurá-lo, assim ela fixou os olhos em mim e eu mal tinha uma brecha para fazer minhas indagações. Quando se esquecia de algo, dizia: “Esse remédio é danado, cai o cabelo e a gente esquece tudo!”.

LARANJEIRA

“Há quem me ache simples e comum,
 meus frutos são arredondados
 de sabor doce ou levemente ácido,
 e de um óleo perfumado,
 Na época da florada,
 A lua exalta minhas flores,
 Sou laranja, sou árvore, sou flor, sou fruto”
 Ednete Franca

De lenço na cabeça avistei **Laranjeira** em pé com sua filha, aguardando para mais uma seção de quimioterapia. Enquanto eu procurava um lugar sossegado para conversarmos ela foi chamada para o procedimento. Aguardei o início e me aproximei para perguntar-lhe quando gostaria de fazer a entrevista. Marcamos na segunda-feira em sua casa, pois disse que após a seção ficava muito cansada. Liguei para confirmar nosso encontro e como combinado, fui até lá. Quando abriu o portão para mim, disse que estava preocupada, que o filho havia chegado e que precisaria sair. Perguntei se gostaria de fazer em outro momento e ela disse que não, me fazendo sentar no sofá de

sua sala. Apresentou-me a seu marido e filho. Mirava seus olhos nas fotografias na mesa ao lado, contava com orgulho e brilho nos olhos do amor e de tudo que tem feito para estar perto de sua família. As lágrimas rolavam e dizia: “Faço tudo por eles!”.

SOB UM PESSEGUEIRO

“E sob um pessegueiro, amplo e robusto,
Cheio de frutos e de passarinhos,
Foi que nós ambos, pálidos de susto,
Nos encontramos certa vez, sozinhos.”
Paulo Setúbal

Pessegueiro, homem baixo e robusto, veio caminhando pelo corredor e eu o abordei. Pedi que entrasse no consultório, em seguida adentrou sua filha, perguntando se havia acontecido alguma coisa, aproveitei sua presença para explicar sobre a pesquisa. Pessegueiro concordou e a filha perguntou se poderia participar. Expus sobre a importância de que ela se sentisse à vontade em nosso encontro e ela saiu em seguida. Durante a caracterização, não soube me responder algumas coisas e disse que a filha que resolve tudo. Relatou seu vivido com frases curtas e diretas. Passou-me imperceptível qualquer emoção. Ficou o tempo todo me olhando e seu corpo estático.

AMOREIRA

“Do fruto,
extraio o vinho desconhecido.
Não embriaga os pássaros,
que encantam todas as manhãs
no alto curvo dos galhos.
De todas as árvores do pomar,
a amoreira sempre foi a favorita.”
Marcelo Rodrigues da Silva

Fui escolhida por **Amoreira**. Enquanto conversava com Laranjeira, Amoreira ouviu tudo atentamente e quando eu estava indo embora uma mão me tocou. Ao virar deparei-me com uma senhora sorridente acompanhada de seu filho alto e moreno. Disse-me: “Você é tão meiga quanto minha filha, sua xará. Ouvi sobre sua pesquisa, gostaria de dar minha entrevista!”. Conversamos e demos umas risadas ali mesmo no corredor. Combinamos uma data para o nosso encontro. Após contato telefônico, fui até sua casa. O filho me recebeu e ela já estava me esperando com o mesmo sorriso no segundo andar. Sentamos na sua cama e foi uma conversa muito boa. Contou-me com detalhes tudo que estava acontecendo. Após a entrevista, apresentou-me a casa, o

marido, a filha e os gatos. Fomos até a cozinha onde me serviu um café com bolo. Depois de muita conversa, agradei e me despedi com um forte abraço.

VIDEIRA

“As videiras são cultivadas com todo cuidado,
e sob o sol e a brisa,
se transformam em maduros e suculentos cachos de uva,
que pisoteados sob pés,
se transformam nos melhores vinhos.”
Aswine

Videira apressou-se em participar da pesquisa. Disse que era de outra cidade, que ficava muito tempo aguardando a condução para ir embora e que tinha muito tempo para conversarmos, pediu-me licença para ir até a sala de espera avisar a esposa. Sentou na cadeira a minha frente e depois disso não parou de abrir e fechar as pernas enquanto falava, gesticulava também com as mãos. Contou-me que está prestes a se mudar para a casa do filho para ajudar a criar as duas netas devido à nora ter abandonado o lar.

MEU MAMOEIRO

“Meu carinho, a meu pé de mamão
que vai dar frutos para o sabiá,
e a única muda, em toda região
por isso, muito bem cuidado será.”
Gil de Olive

Mamoeiro estava em frente ao consultório aguardando o médico para assinar seu atestado. Puxou assunto comigo, contando-me a situação e aproveitei para fazer o convite. Ficou em dúvida se queria fazer naquele momento ou marcar outro, pois tinha um compromisso. Escolheu fazer naquele momento. Mexia em todos os objetos em cima da mesa ao me falar da crença de cada um e no valor de cada coisa. “Essa pasta tem um valor, essa bolsa tem outro.” Reviveu com forte emoção a perda do filho e apontou para o céu revelando sua fé em Deus para continuar depois desse abalo. Apontou para a recepção com comoção dizendo que sabe que muitas pessoas que estão ali, estão sofrendo, não vão sobreviver, que cada um tem a sua hora, mas que a dela ainda não havia chegado porque ela tem muita fé.

A MANGUEIRA

“Já viste coisa mais bela
Do que uma bela mangueira,
E a doce fruta amarela,
Sorrindo entre as folhas dela,
E a leve copa altaneira?
Já viste coisa mais bela
Do que uma bela mangueira?”
Gonçalves Dias

Mangueira com sua voz áspera e pele engelhada foi receptiva ao convite. De início chorou ao contar sobre a perda da filha que havia ocorrido há um ano, ficou em silêncio alguns minutos. “Fiquei muito abalada”. Falava com ar cansado de todos que ela cuidou e relacionou seu adoecimento a tudo que lhe aconteceu. Não estendeu muito a conversa.

CHEIRO DE PITANGA

Faz-me lembrar a infância, o cheiro de pitanga,
Os ledos dias meus brincando nos quintais,
Os tempos de inocência, que não voltam mais,
Brincando de casinha sob o pé de manga.
Edir Pina de Barros

Ao chegar à enfermaria avistei **Pitangueira** no leito, cabelos pretos, pele morena, sem aparentar a idade que tem. Aproximei-me após o término do horário de visitas e ela estava conversando com sua acompanhante. Especulei sua idade e fiquei assustada com a resposta. Pedi a receita para preservar aquela aparência com seus 85 anos, e ela sorriu! A acompanhante estava sentada na cadeira ao lado e apesar da proximidade, ela não interferiu em nenhum momento. Fomos interrompidas apenas pela técnica de Enfermagem prestando seus cuidados. Chorou ao me contar o quanto foi difícil perder o filho.

A BANANEIRA

“Humilde, em meio à flora, a bananeira,
Sozinha, transplantada em terra boa,
Vive ocultando à Natureza inteira
O seu destino de morrer à toa.”
Sabino de Campos

Quanta serenidade havia na voz de **Bananeira**. De seu adoecimento sabia dizer, apesar de afirmar não receber a confirmação dos médicos. Inicialmente ficou abalada com a notícia, mas não se desesperou, refugiou-se em sua crença dizendo já estar curada pelo seu Deus. Ao final, quis mandar uma mensagem a todos que estão na

mesma situação que a dela: “Nunca desista de Jesus. Porque só ele mesmo que dá força pra gente levantar e seguir o caminho”.

VELHA FIGUEIRA

“Espelho-me em ti, velha figueira, quando me vejo cercado de água.
Sinto-me mais forte e os obstáculos se transformam em nada.
Quero ser igual a ti, velha figueira. Que mesmo solitária;
Ainda estás de pé, abrindo teus braços de forma tão solidária”.
Nivaldo Joaquim

Figueira estava deitada no leito, um pouco torta, orando com as voluntárias da igreja. Aguardei o término e me aproximei dela. Reclamou que a enfermeira não queria lhe deixar comer caqui. Ela consentiu a sua participação. Mostrou-me sua “sonda” e lamentava que só pudesse comer algumas coisas pela boca. Foi internada porque “arruinou” depois da primeira quimioterapia, apertando as mãos me disse que se sente inconformada com a sua situação. Após o “choque”, o filho assumiu as decisões, “os médicos passaram a falar só com ele”. Ao me despedir me lembrou de procurar a enfermeira, “não esquece do meu caqui!” e eu me despedi em busca de ajudá-la.

REFAZENDA

“Abacateiro serás meu parceiro solitário
Nesse itinerário da leveza pelo ar
Abacateiro saiba que na fazenda
Tu me ensina a fazer renda que eu te ensino a namorar
Refazendo tudo”
Gilberto Gil

Abacateiro me olhava com a testa franzida enquanto lhe falava da pesquisa. Pediu que a filha lesse o termo e quando ela assentiu, Abacateiro concordou. Estava deitada, com lenço na cabeça, quando pedi que escolhesse seu codinome, não entendeu muito bem o porquê daquilo. Eu então lhe disse, a partir de agora não usarei seu nome, vou referenciá-la como Abacateiro. E assim ela balançou positivamente a cabeça. Durante a entrevista respondia com frases curtas. Seu olhar ora buscava a televisão e por vezes a mim, nada além do seu olhar fazia qualquer movimento. Ocorreu-me que não queria conversar sobre o assunto e quando terminei, ela deu um longo suspiro.

5.3 Unidades de Significação

As Unidades de Significação foram construídas a partir do destaque das estruturas essenciais que possibilitaram a revelação dos significados das pessoas idosas que vivenciam o adoecimento por câncer.

A pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer significou:

5.3.1 Ir ao médico, fazer exames e descobrir-se doente

Foi através do exame de toque, [...] o PSA estava sempre alto [...], pediram os exames que eu fiz tudo. Foi aonde descobriu. [...] Ele (o Dr. R.) que me atendeu lá em cima e me deu a notícia “boa” na época. JABUTICABEIRA

Eu adoeci, ainda tinha problema de tosse. Agora aconteceu esse negócio no pescoço. [...] Não sou de conversar muita coisa. Não conversei com o enfermeiro nem com o médico. CAJUEIRO

Eu fui ao médico, já tinha feito o exame normal, aí comentei com o médico, oh...agora tem um problema do intestino. [...] O médico da colonoscopia, falou assim, tem um probleminha aqui, tirou um pedacinho pra fazer uma biópsia. [...] Cheguei no procto, duas médicas da equipe, [...] ela olhou, virou pra mim na cara, na lata, bateram na mão assim oh, o senhor tem câncer viu. [...] Foram as duas médicas, que são especialistas nessa área, que descobriu esse segmento, da melhor maneira possível, sempre jogando aberto, sempre falando claramente, falei olha, eu não quero que me esconda nada, eu quero que fale o ABC comigo. CARAMBOLEIRA

Eu comecei com uma dor na garganta, fui ao médico, aí tirei chapa, o médico falou, deu o resultado. [...] A médica falou, quando ela me deu a notícia, eu fiquei muito triste, minha filha nem me olhou sabe? ACEROLEIRA

Eu já estava com problema de hemorragia uns tempo. [...] E com a diabetes, também juntou a anemia fortíssima, aí juntou tudo. [...] [...]Foi agravando o negócio da hemorragia e quando eu fui ver eu já estava com esse problema há mais tempo.[...]Os médicos foram maravilhoso comigo, as enfermeira, graças a Deus, eles chegaram perto de mim e falaram que tava com problema. LARANJEIRA

Eu soube por uma coceira que apareceu, aí nós começamos a correr atrás, fazer os exames, aí descobriu. PESSEGUEIRO

E eu já tive nódulo antes na mamária direita, então aconteceu que eu tive uma chikungunya, tive febres, tenho dores até hoje nas juntas e, apareceu um gânglio debaixo da axilas, tipo uma íngua, mas eram gânglios, então eles falaram que era da chikungunya. Numa noite acordei com uma dor horrível, muita febre e quando eu fui ver, o caroço que era pequenininho aumentou. Estupidamente! Dai eu botei a mão e senti que tava muito quente, aí me preocupei, fui pesquisando qual o preço mais rápido pra eu fazer a mamografia. [...] Aí na mamografia que não demorou nem uma semana, foi constatado uma anomalia nesse caroço. Aí a médica foi um pouco mais além, ou ela foi verdadeira mesmo, que tava parecendo realmente um nódulo com metástase. [...] Então eu fui numa das doutoras, mas ela foi bem objetiva, eu pedi, você fala tudo que tem, e ela foi... Minha filha chorou e é lógico que depois que eu vi minha filha chorar, eu chorei junto. AMOREIRA

Eu estava com problema no pulmão, então tempos atrás eu tive embolia tive enfisema, aí deu esse problema no pulmão. [...] Vamos fazer uma endoscopia pra ver. No fazer a endoscopia ele descobriu o problema do estômago, porque estava todo tomado. [...] Os profissionais que eu conversei foram os próprios médicos. Não abriram direto assim pra falar que eu estou com esse problema, mas pra gente que entende, a maneira de conversar deu pra entender, que é essa doença que está né? VIDEIRA

Eu tive uma perda, senti que houve uma emoção muito forte na minha vida, foi uma coisa que me abalou demais, depois de 1 mês, apareceu um negocinho no meu ânus, do lado de fora, aí eu fiquei uma semana observando, aí como eu vi que não era hemorroida, eu fui ao médico. [...]O médico estava achando que eu não estava entendendo o que estava acontecendo comigo. [...] Porque no momento que ele me deu (a notícia), ele achou que eu não estava ligando que eu não estava entendendo. Ele não entendeu minha reação! MAMOEIRO

Foi sobre a hemorragia que apareceu de repente. Eu tinha muito nervoso, essas coisas assim. Pessoal me irritava muito. Meus filhos. [...] Ela (a médica) falava que era colesterol, que era isso, que era aquilo. MANGUEIRA

Eu estava bem, estava até trabalhando e começou aquela dor (localizou a dor no abdômen), e aquela dor foi só apertando, nisso eu já comecei a procurar médico. PITANGUEIRA

Eu descobri pela mamografia que eu faço todo ano. [...] Porque ela (a médica), inclusive ela não me falou diretamente sabe? Eu até sabia o que estava acontecendo. BANANEIRA

[...]o único remédio que eu tomava nessa vida inteira até nessa idade é só comprimido de pressão. Não tinha nada, nada. A não ser esse negócio de estômago que começou! [...]Eu estava sentindo muita dor no estômago, mas não sabia que era. Eles pediram uns exames, aí eu descobri na tomografia, que era uma úlcera no estômago. Foi assim. [...] A primeira pessoa que falou comigo foi o médico. Eu assustei muito, aí ele não falou mais nada pra mim. Aí passou a conversar só com meu filho. FIGUEIRA

Como eu descobri, a minha unha começou a escurecer, aí achei que era aquela micose que escurece a unha, aí eu fui no médico e não era. Fui no médico primeiro, fez uma raspagem, daquela raspagem eles pediram a biópsia, veio que era câncer. ABACATEIRO

5.3.2 Sentir-se assustado, abalado e outras variadas emoções

Ah, eu fiquei assim meio abalado porque tem certas coisas que a gente não faz que eles falam que foi por causa disso, isso, isso e aquilo. [...] Se não vem fazer o tratamento complicava a vida do senhor ainda mais, já não tinha mais opção. [...] Depois ele pediu a biópsia, veio dando maligno. Aí como é que ficou minha cabeça? Jesus. Que coisa! JABUTICABEIRA

Eu não sinto essas coisas quando estou doente. CAJUEIRO

Eu assustei! Biópsia?! Que isso rapaz?! Não! [...] Eu falei você está brincando comigo, que raio de câncer que é esse? Que que é isso rapaz? [...] A principio, nos primeiros dias, foi jogado assim, um chute na lata (silêncio), mas depois eu fui caçando fundamento. [...] Você assusta, mas depois você vai começando a especular. CARAMBOLEIRA

Foi a pior notícia do mundo! Eu sei que.... Deus, que essa coisa eu tinha medo dela. ACEROLEIRA

[...]Mas em nenhum momento assim eu desesperei, ah eu vou morrer! Não! Eu não achei que ia morrer, eu tinha certeza que eu ia ficar boa, sabe? [...] Tem dia que me abaixa assim uma coisa, oh meu Deus, será que eu vou dar conta? Ai eu falo comigo mesmo, você não pode fazer isso não, você tem que reagir, aí eu começo a chorar, fico lembrando das coisa, no mesmo tempo eu paro com aquilo e começo a fazer uma coisa, fazer outra, entendeu? [...]Eu sou uma pessoa muito otimista, muito forte [...]eu não sou a única que tem esse problema [...] Eu não me desesperei[...]LARANJEIRA

Eu não tive emoção quase nenhuma, fiquei quase normal. PESSEGUEIRO

No início não vou te dizer que não fiquei mau não, porque eu fiquei! [...] Por mais que você tenha fé, você acha que tá forte, mas realmente a palavra câncer assusta, assusta e muito! Mas eu não sabia que ia assustar muito mais meus filhos do que a mim, então eu tive força por eles. AMOREIRA

Eu me aceitei assim normalmente, como se fosse uma coisa que vem a todo mundo, não foi só pra mim. Que eu acho que todo mundo é sujeito dessas coisas.[...] Assustou um pouco por causa da idade. VIDEIRA

[...] Eu estou fazendo o tratamento, estou fazendo alegre, satisfeita, porque a confiança em Deus é muito grande e eu já estou curada. [...] Porque eu sou uma pessoa com fé em Deus, e todas às vezes que eu entro aqui eu tenho uma emoção, porque eu vejo que pessoas às vezes não vai ter cura, não vai curar, porque às vezes não é o caso da cura, porque às vezes passou muito tempo, tem pessoas que já está assim terminal, então eu sinto muito isso. [...] MAMOEIRO

Eu senti bem, mas o que me descaiu é que eu tenho quatro filhos, está fazendo um mês agora, meu filho mais velho faleceu, deitado na cama dormindo, faleceu. Então eu levei um choque muito grande, na hora que eles vieram me falar. PITANGUEIRA

Nos primeiros dias eu fiquei assim meia pra baixo. [...] Porque a gente acha que o que acontece com os outros não acontece com a gente, mas você sabe a gente tem que esperar de um tudo na vida. [...] Aí eu senti assim meia recuada mas depois eu ergui a cabeça. BANANEIRA

Fiquei mal, até hoje eu não conformo. Deus sabe o que faz, mas eu nem acredito. [...] Eu fiquei muito chocada com esse problema. FIGUEIRA

Levei um choque quando descobri isso, essa doença. ABACATEIRO

5.3.3 Saber e dizer que tem câncer, um problema, um caroço, isso aqui, essa coisa, essa doença

Lá em casa estou sempre com problemas, é a terceira vez, estou aí tocando meu barquinho. O marcapasso, o câncer de mama e agora a próstata. [...] E da próstata foi isso, no toque o médico

falou que tinha o problema e me encaminhou pra cá. Na hora do exame lá, eles sabem né? JABUTICABEIRA

Agora eu venho cá para queimar isso aqui, me deu um caroço, aí já operou, tirou o caroço mas fez essa ferida aqui. CAJUEIRO

O senhor está com câncer viu, vamos cuidar disso aí. CARAMBOLEIRA

Hoje estou aqui, mas não é por causa de câncer, é por causa da inflamação. ACEROLEIRA

Eles chegaram perto de mim e falaram que tava com problema, mas eu já estava mais ou menos preparada, esperando por aquilo, mas não me baqueou. LARANJEIRA

Eu não sei explicar direito, e ela me levava pra todo lugar, resolve tudo. Eu mesmo não resolvo quase nada. PESSEGUEIRO

Porque o câncer é a doença da alma, alguma mágoas, algumas coisas ficam, então pode ser até isso, que eu já pedi até perdão a Deus, porque realmente o ser humano é errôneo. AMOREIRA

Aí fez o tratamento, em poucos dias eu fiquei em condição de operar, operou e estou aí. [...] Está até parado o tratamento (do pulmão). E por aí foi que descobriu meus problemas, porque eu não sentia nada, não sentia nem da vesícula e nem do estômago. VIDEIRA

Ele (o médico) mandou eu vir pra cá, pra fazer 25 dias de radio e 2 dias de quimioterapia, que é um câncer no anus, que é moderadamente falando. MAMOEIRO

Eu acho que mais foi nervoso, aborrecimento. Perdi minha filha. Tem só um ano (choro) (silêncio). Eu fiquei muito abalada. Ai depois disso apareceu aquele problema, agora eu não sei! MANGUEIRA

Da família minha, já morreu 3 com câncer, os outros morrem tudo do coração. [...] O problema meu é só isso mesmo. Tirando isso, o problema meu, que às vezes prejudica mais, é que às vezes eu fico nervosa, que a minha diabetes e a minha pressão é emocional, se eu ficar emocionada com qualquer coisa, ela sobe na hora. PITANGUEIRA

Eu levei a mamografia pra ginecologista, ela falou que tinha dado um problema que eu tinha que procurar uma mastologista. [...] Eu levei o resultado pra ela, como ela não falava nada, eu desconfiei logo. BANANEIRA

Aí eu já fiz vários exames e o que constatou essa doença foi a tomografia, eu estou aqui porque eu fiz a primeira quimioterapia e arruinei. FIGUEIRA

Fez uma raspagem, daquela raspagem eles pediram a biópsia, veio que era câncer. ABACATEIRO

5.3.4 Pensar que pode morrer, mas também é ter fé e que pode ficar boa

O que eu pensei: eu ia morrer e tal! Mas graças a Deus, estou aí (risos), complicado, não gosto de ficar lembrando disso não. O negócio é complicado mesmo. JABUTICABEIRA

Mas olha, minha vida é normal, eu não sinto nada, não sinto dor, tenho minhas atividades normal. Mas assim a qualidade de vida minha não mudou em nada, durmo normalmente, tenho as atividades normalmente, entendeu? [...] Eu não me preocupei com isso, eu não me preocupo, lógico, eu me preocupo sim... CARAMBOLEIRA

[...]eu tenho muita fé em Deus [...]a única coisa que eu fazia era o seguinte, eu só conversava com Ele lá em cima. [...]Falava com Ele, eu não posso ir embora agora, eu tenho meus filhos, tem as pessoas que me ama, eu tenho que ficar boa, só isso, entendeu? (choro) Era isso que eu fazia! [...]Aí passa tudo, graças a Deus, estou reagindo assim. LARANJEIRA

Então tudo indica que foi através da chikungunya que eu fui descobrindo essas coisas, entendeu? Isso devia estar lá dentro, já devia, então alguma coisa acordou, sei lá, ou Deus me mostrou, que eu acredito mais que seja isso sabe, a tempo né! [...] Eu só espero que realmente dê tudo certo, e se não der nós estamos aí, porque Deus só coloca as coisas que a gente merece na carcunda da gente mesmo, não tem jeito. Não é questão de merecimento, é questão de aceitar os desígnios dele, né? Se eu devo alguma coisa eu tenho que pagar, se não é disso que ele está falando, alguma coisa ele tem de, de missão pra mim ainda, pode ser isso. AMOREIRA

Eu estou no mundo, sujeito a aceitar essas coisas, eu estou vendo gente aí, que está doente há 15 – 20 anos, com esse problema, comprovado e tudo, e estão perfeitos. E vou tocar o bonde até o final e ver o que é que dá. Que acredito que vai dar tudo certo! VIDEIRA

As minhas emoções com a notícia foram assim: Jesus! Jesus! Jesus! Ele é a minha cura.[...] Mas muitas vezes, o Senhor fala que às vezes tem pessoas que tem que ir mesmo, que vai levar. Então, é uma coisa de Deus, é coisa que é um mistério que a gente não conhece, mas eu conheço! MAMOEIRO

Da irmandade de 10 só está restando eu, os outros morreram tudo novo. Só eu que vou nessa idade, já vou eu, caminhando (risos)! PITANGUEIRA

Tem que esperar o melhor da vida, e esperar alguma coisa também que vem por trás, porque às vezes a gente pensa que acontece só com os outros e não, acontece com a gente, mas a gente tem que estar preparado pra muita coisa. [...] Eu não me desesperei. Graças a Deus me sinto assim uma pessoa tranquila, não vou falar que nos primeiros dias... Porque a gente é um ser humano, todos nós fica assim meio caído, mas depois a gente levanta. Deus dá força, a gente levanta e deixa o barco tocar. E graças a Deus estou me sentindo curada. BANANEIRA

Eu era saudável, [...] Mas a gente entrega na mão de Deus [...]FIGUEIRA

Agora tem o tratamento, que de primeiro não tinha, mas agora já tem. ABACATEIRO

5.3.5 Ser cuidado, cuidar de si e também do outro

Tem muitos colegas meus que tem preconceito e não faz (o exame de toque), até perdi um cunhado por causa disso. [...] Estou aí, tenho que agradecer a Deus, que estou aí, sempre cuidado de um problemazinho de saúde e vamos levando. [...] Estou com uma neta de 12 anos, está maior do que eu. Cuidado minha filha, cuidado com essa galera aí. Tudo isso não está fácil. JABUTICABEIRA

Eu venho ver só aqui, chego em casa fico lá no meu quarto ou fico na varanda sentada sozinha. Não tem com quem conversar. [...] O meu irmão foi lá me buscar pra tomar conta de mim quando minha madraستا morreu. Ele me trouxe pra cá. Agora ele foi embora eu fiquei sozinha sem ele aqui. CAJUEIRO

Você nota que não é só você, quando você encontra assim apoio de amigos. [...] Minha base é a família, agora a base principal é a fé que eu tenho, é segmento religioso que eu tenho, esse sim, esse...(silêncio). CARAMBOLEIRA

Eu estou tendo que trabalhar minha cabeça muito, assim, em relação a isso, porque eu tenho que cuidar de mim e cuidar dele (do marido), porque não é fácil cuidar. [...] Eu fui criada assim sem mãe, sem pai, porque eu perdi cedo, sozinha, fui cuidar de mim, eu sei a falta que fez pra mim, agora eu, hoje eu luto por eles (pela família) (choro). [...] Eu pensava que era coisa normal isso, da minha idade e não cuidei. Eu sempre trabalhei fora, sempre pus meu trabalho em primeiro lugar de que cuidar de mim, entendeu? [...] Olhava assim pros meus filhos, todo mundo triste, eu não queria aquilo. (choro) (silencio). Graças a Deus eu superei isso aí. (silencio). E a gente pelo amor a família a gente esforça. [...] Minha filha, ela me ajuda muito. [...] LARANJEIRA

A minha filha que espantava muito, me carregava pra tudo quanto é lado, ela que toma conta de mim. PESSEGUEIRO

Eu sempre fui uma pessoa com problema de vitiligo, muito cuidadosa com as minhas coisas, tudo que era diferente no meu corpo eu sempre procurei lidar com isso da melhor maneira possível, mas meus filhos, eu tive que criar força pra ajudar meus filhos. Porque meus filhos eu praticamente criei sozinha, porque meu marido é alcoólatra e eu sofri muito. AMOREIRA

Eu estou em um modo de pensar, inclusive o Dr. disse pra mim: da maneira que você fazendo, você vai ser muito bem recuperado rápido, você está fazendo tudo certo o que a gente está mandando e você está aceitando que está livre. VIDEIRA

Cuido da minha mãe de idade, ela tem 87 anos, meus filhos, e antes dela eu cuidei de dois senhor de idade também até se entregar. Então com ela, é 3 que eu cuido. MANGUEIRA

Ela é minha cunhada (apontou para acompanhante), amiga e irmã, considero como irmã, quando eu tive meus filhos lá na roça, ela que ficou comigo os 40 dias de resguardo, ela ali junto comigo, não me deixou de jeito nenhum. PITANGUEIRA

Eu pedi a Ele que me abençoasse, que eu nem precisasse fazer aquela outra, a quimioterapia, e graças a Deus, eu tomo comprimido em casa, não precisei de fazer nada na veia, só estou fazendo essas 30 radioterapia. BANANEIRA

Eles (os médicos) me tranquilizo, falou que eu não devo ficar assim, que tem muitas pessoas com essa doença. Aí foi essas conversas que eles tiveram comigo, de apoio. ABACATEIRO

5.4 Compreensão Vaga e Mediana

As pessoas idosas expressaram que compreendem vaga e medianamente que vivenciar o adoecimento por câncer significa:

Descobrir-se adoecido ocorreu através de sinais/sintomas ou durante as consultas de rotina. Para alguns, a origem da doença pode ser algo do próprio organismo, causado por descuido de sua saúde, outras doenças, pelo estado emocional ou por acontecimentos trágicos da vida, enquanto outros revelam que o adoecimento pode ser aleatório, qualquer um está sujeito. A figura do profissional médico aparece como o principal veículo transmissor da “notícia”.

O impacto da notícia é sentido como *abalo, susto, nada, medo, desespero, choque e a pior notícia do mundo*. Sentem seu projeto de vida ameaçado por algo que não esperavam encontrar em sua trajetória. Relembrem de quando eram saudáveis, despertando providências para a retomada dos planos existenciais, apesar de todas as dificuldades encontradas nessa trajetória. São otimistas quanto aos resultados do tratamento e se apoiam na fé para enfrentar as dificuldades. A palavra “câncer” foi verbalizada por poucos, os demais expressam seu adoecimento como *um problema, isso daqui, essa coisa ou essa doença*.

Passar por essa experiência com sentimentos de fragilidade e solidão. Alguns remetem ao medo de morrer. Para sair dessas crises, buscam uma nova direção em suas vidas, constantemente, remetendo aos familiares seu principal motivo para lutar. Estabelecem metas para esta nova etapa, mudanças na rotina e convivência com outras pessoas. O novo cotidiano é desgastante, muitas vezes só compreende as atividades relacionadas ao tratamento, porém aceitam esses desígnios e desejam se recuperar.

Destacam que necessitam se cuidar, através dos exames periódicos e das consultas de rotina. Preocupam-se com o impacto de sua doença nos familiares. Os familiares encorajam seus entes queridos a superar as adversidades do tratamento acompanhando-os nas consultas e seções, consolando-os com palavras de otimismo e esperança. A perda de algum familiar é vivenciada com muita tristeza. As limitações impostas procuram ser superadas com o auxílio daqueles que convivem com o doente. Independente da religião, buscam a fé, um ente superior e às orações para se sentirem

mais fortes. Dos profissionais de saúde almejam uma relação de confiança e diálogo franco.

5.5 Fio Condutor

Sigo nesse momento em direção à interpretação dos significados que foram apreendidos. A partir da análise compreensiva, emergiu a compreensão vaga e mediana do ser. Com base no *caput* das unidades de significação conquista-se o fio condutor com a elaboração do conceito de ser.

A pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer significou **ir ao médico, fazer exames e descobrir-se doente; sentir-se assustado, abalado e outras variadas emoções; saber e dizer que tem câncer, um problema, um caroço, isso aqui, essa coisa, essa doença; pensar que pode morrer, mas também é ter fé e que pode ficar boa e ser cuidado, cuidar de si e também do outro.**

Após a elaboração do fio condutor, busca-se a possibilidade de desvelar os sentidos do ser. Movimenta-se da dimensão ôntica dos fatos para a dimensão ontológica, que é fenomenal. Parte-se para o segundo momento do método heideggeriano, a hermenêutica, vislumbrando a possibilidade de desvelar o sentido da pessoa idosa que vivencia o adoecimento por câncer.

5.6 Análise Interpretativa – Hermenêutica

Após chegar à compreensão vaga e mediana, apresento a segunda etapa que é a hermenêutica, e se refere à interpretação realizada a partir das unidades de significado desveladas no primeiro momento, fundamentadas pelas concepções filosóficas de Martin Heidegger, expressas na obra *Ser e Tempo*.

Nesse estudo, para que a interpretação originária fosse alcançada foi necessário primeiramente compreender, baseada nos depoimentos dos entrevistados, como a pessoa idosa significa estar diante da situação de doença oncológica. A partir destas vivências busca-se o desvelamento dos sentidos que funda esse movimento existencial, que é uma investigação que “deve se apropriar e assegurar explicitamente o modo adequado de se aproximar desse ente” (HEIDEGGER, 2015, p. 52).

Compreender e interpretar são aspectos que estão conectados. Para interpretar é necessário um prévio movimento de compreensão. Nesse sentido, os elementos compreensão e interpretação são fundamentais no processo hermenêutico existencial. Heidegger propõe não somente uma fenomenologia existencial, mas também uma hermenêutica, pois tem como objetivo des-velar o sentido do ser através dele mesmo, como ente esquecido pela ciência moderna (HEIDEGGER, 2015).

Assim, o sentido deve ser entendido como o modo singular das pessoas idosas em situação de doença oncológica, compreenderem e interpretarem o mundo. A partir de sua compreensão vaga e mediana procura-se interpretar as possibilidades que foram projetadas na compreensão. A hermenêutica existencial interpreta o que está escrito, indo além do registro das palavras e de suas intenções, considerando que o ser está lançado na facticidade (HEIDEGGER, 2015).

Heidegger (2015, p. 199) assevera que: “a interpretação fenomenológica deve oferecer para a própria presença a possibilidade de uma abertura originária e, ao mesmo tempo, da própria presença interpretar a si mesma”. Ainda sobre o tema, o filósofo (2015, p. 251) comenta que: “a interpretação não se expõe a uma auto apreensão artificial da presença. Ela realiza apenas a explicação daquilo que a própria presença abre onticamente”.

Nessa abordagem, a partir da compreensão que possibilitou a construção das unidades de significado, momento em que foram apreendidos os aspectos ônticos, apresenta-se a hermenêutica existencial, que representa o movimento de interpretação que desvela o sentido do ser-pessoa-idosa-que-vivencia-o-adoecimento-por-câncer.

Chegou-se então, às seguintes unidades de significação: a pessoa idosa significou que vivenciar o adoecimento por câncer é descobrir-se doente, ir ao médico e fazer exames; assusta, abala e traz variadas emoções; saber e dizer que tem câncer, um problema, um caroço, isso aqui, essa coisa, essa doença; pensar que pode morrer, mas também, ter fé e que pode ficar boa; é (des)cuidar de si e também do outro. A seguir, apresento a discussão de cada um dos sentidos desvelados.

No momento em que a pessoa idosa se descobre adoecida, se depara com a verdade. Para Heidegger, investigar sobre a verdade é investigar o que se mostra em si mesmo e que nos remete ao âmbito da problemática ontológica fundamental, ou seja, a questão do ser. O verdadeiro nessa ação de descobrimento é o Dasein, a verdade não

é ser-descobridor, mas é ser-descoberto. Assim, a pessoa idosa está aberta para si mesma e para o mundo, e justamente só com a abertura do Dasein é que se pode alcançar a originalidade do fenômeno da verdade. Nessa relação de abertura, o Dasein como ser-descobridor é essencialmente verdadeiro. Em última instância para Heidegger, o Dasein é e está “na verdade”.

O impacto da notícia é sentido como *abalamento, susto, nada, medo, desespero, choque e a pior notícia do mundo*. Sente seu projeto de vida ameaçado por algo que não esperava encontrar em sua trajetória. Para Heidegger, o temor, é uma disposição central na nossa existência pelo fato que manifesta o mundo no momento de fuga do Dasein de si mesmo. Embora o Dasein tema algo determinado, fora de si, o endereço último de seu medo é ele mesmo e não o objeto ou o outro. O homem teme por algo porque é ele mesmo o afetado e o interessado.

O fato do temor se voltar para fora é somente aparente, na verdade ele se dirige ao nosso ser íntimo. É sempre um fenômeno privado, mesmo sendo possível temer por outrem. O temor pode ter variações: *o pavor, o horror e o terror*. O pavor é de início, algo conhecido e familiar. A familiaridade que o câncer tem para todos nós se constituiu o modo do pavor mesmo para aquelas pessoas idosas que vivenciam o adoecimento por câncer pela segunda ou terceira vez (HEIDEGGER, 2015, p.202).

O Dasein é um ser-em, pois é sempre lançado no mundo. Ele assume esse ser-lançado no projeto. Sendo consciente da sua situação de abandono, pois ser-aí significa ser lançado no mundo para existir. Uma vez consciente de sua liberdade e colocado diante de suas possibilidades pelo sentimento da angústia é essencialmente ser de projeto.

A inautenticidade trata-se daquela existência que está envolvida com as coisas, com as responsabilidades e conseqüentemente discrimina a singularidade na existência. No dia a dia, a presença envolvida que está, em se ocupar com as coisas se revela no modo de ser inautêntico e impessoal. A inautenticidade refere-se ao modo de ser da ocupação impessoal, em que o ser se encontra no mundo público, onde tudo é normal e nivelado, onde o homem se entende a partir do que ele não é e permite que outra existência estabeleça o modo como deve existir no mundo (HEIDEGGER, 2015).

Assim o ser na cotidianidade é dominado pelo falatório, ambigüidade e curiosidade, determinando o próprio modo de ser da de-cadência. No entanto, é por

meio da inautenticidade que se poderá alcançar a ressignificação do sentido e chegar à autenticidade (FRANÇA e RIBEIRO, 2006). Não devemos compreender a de-cadência da pre-sença negativamente, como algo que decaiu de um estado superior para um inferior, pois essa de-cadência representa o modo imediato como existimos no mundo. A pre-sença é o momento constitutivo que permite o ser se realizar no mundo e, quando essa de-cai, ela se vê abrigada nos fenômenos do cotidiano – falatório, curiosidade e ambigüidade – e esse abrigar faz com que o caráter de “impessoalidade do cotidiano com a sua pretensão de nutrir toda a vida autêntica, tranqüilize a pre-sença, assegurando que tudo esteja em ordem” (HEIDEGGER, 2015,p.239).

Através do discurso alheio reproduzido repetidamente, o falatório constitui-se um dos modos de expressão do ser superficialmente ditado pelo outro e compartilhado por todos. Este é um modo de ser da *pre-sença* que se relaciona com o mundo está explícito na reprodução da linguagem técnica, que não é da pessoa idosa, mas de quem detém este conhecimento: [...] *o PSA estava sempre alto [...] Tirou um pedacinho pra fazer uma biópsia. [...] Tava parecendo realmente um nódulo com metástase.* Assim, o ser de-cai no mundo, mundo esse conduzido pelo falatório, curiosidade e ambigüidade, expressando o seu modo de ser-no-mundo de maneira impessoal e inautêntica.

A curiosidade se mostra cotidianamente nas palavras de Heidegger como uma tendência em ver, ou seja, nos sentimos atraídos sempre pelo último lançamento, seja esse, na tecnologia ou na moda. Vemos sempre o que o outro vê ou viu – ou, o que todos viram. O outro sempre dá a medida da nossa compreensão e isto traz um contorno de impessoalidade para o modo como agimos no mundo, isto é, procuramos em uma outra existência um modelo para afirmamos o que somos. O impessoal é que faz o falatório ser o que é: um discurso que impulsionado pela curiosidade lança o homem na última novidade ditada pela compreensão mediana da presença (FRANÇA E RIBEIRO, 2006).

Ao falarmos desses fenômenos que traduzem o modo de ser da pre-sença na sua inautenticidade nos falta compreender o fenômeno que oferece o caráter ambíguo para a pre-sença se manifestar nesse mesmo discurso. A ambigüidade faz com que a impropriedade e impessoalidade da trama cotidiana apareçam com uma forma genuína aos olhos do homem. Este homem, segundo Ser e Tempo, “pensa que a tudo

compreendeu autenticamente quando no fundo não o foi” (HEIDEGGER, 2015, p.234). Pois bem, é a partir desse modo de ser cotidiano – impermanente, disperso e ambíguo - desde o qual a pre-sença se constitui é que podemos desvelar as características do modo de ser da decadência da pre-sença: tentação, tranqüilidade, alienação e aprisionamento (FRANÇA E RIBEIRO, 2006).

Outro modo desvelado pela pessoa idosa foi a finitude. Em sua estrutura existencial o homem é ser-no-mundo, inautêntico e que traz em si a capacidade de angustiar-se, de contemplar toda sua estrutura existencial, além de temporal e de ser-para-a-morte. A temporalidade é revelada na mortalidade inevitável, uma condição existencial impossível de evitar. Haverá um momento em que cada Dasein chegará ao fim de sua jornada existencial, quer isto lhe agrade ou não, “com a morte, a pre-sença completou o seu curso” (HEIDEGGER, 2015, p.25).

Sugere Heidegger que a maneira do Dasein entender a significação da totalidade de sua existência é este não considerar a morte como contingente, distante, bem definida, mas sim como uma certeza indefinida, mas eminente que é possível a cada instante. Diante da certeza da morte, o homem tem a oportunidade de escolher entre encará-la, aceitando tudo o que engloba esta condição, ou ainda, por ser essencialmente livre, se fazer indiferente na presença do inevitável, isto é, da possibilidade de existir, fim definitivo.

O ser-aí por ser um ser-no-mundo, constitui-se por suas relações com o ambiente de coisas e de outras pessoas. Ou seja, o Dasein vive em um mundo que também se manifesta e não apenas se dá, como os instrumentos e objetos que o cercam, mas fundamentalmente existe com outros entes com o modo de ser do Dasein, outros seres-ai. E isto Heidegger denomina ser-com e estar-ai-com. Este modo é desvelado pelas pessoas idosas ao se referirem às suas relações com os familiares, os amigos e os profissionais de saúde.

A relação entre Daseins dá-se por meio da pré-ocupação. Com os entes “simplesmente dados” o Dasein se ocupa, ao passo que com os homens se pre-ocupa. Nesta ideia de pré-ocupação há um sentido negativo de que o Dasein se antecipe à existência do outro, tirando-a dele, acaba muitas vezes assumindo o seu lugar, substituindo-o em seu sofrimento e responsabilidades, mas se esquece de si mesmo.

Assim, o Dasein se constrói como um ser de relações, com seus semelhantes e com os objetos que compõe o seu universo (HEIDEGGER, 2015).

Dessa forma, o ser-pessoa-idosa com câncer mostra-se na dimensão existencial como ser-aí-com-no-mundo que não está preso na sua condição de adoecimento. Desvela-se na vivência de seu movimento existencial, e não limitado ao momento de senilidade, com suas demarcações etárias e de características predeterminadas, ou do câncer, com suas determinações de fragilidade clínica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão dos significados da pessoa idosa, que se manifestou pela fala e por expressões não verbais, possibilitou descrever com singularidade o sentido do ser que vivencia o adoecimento por câncer sustentado pelo pensamento de Heidegger. A partir do momento em que o ser se depara adoecido, seus projetos existenciais tendem a ser modificados pela situação vivida. Essas mudanças não se mostram fáceis ou desejáveis, mas promovem um redirecionamento para seu viver.

A realização deste estudo permitiu a aproximação do mundo-vida das pessoas idosas e perceber o quanto o câncer ainda é uma doença estigmatizada. Nessa trajetória de enfrentamento, diversos sentimentos foram vivenciados, apesar de saber dos avanços obtidos no tratamento do câncer. Esta compreensão sinaliza a necessidade de discutir anseios e dúvidas, compartilhar suas dores e aliviar as tensões geradas pela situação.

O processo de vivenciar uma doença grave como o câncer em alguma fase da vida está permeado de alterações significativas no cotidiano, fato que não ocorre somente com quem adoece, mas se estende a todos os membros envolvidos no contexto familiar. Pois, ao vivenciar o câncer tanto a pessoa acometida pela doença como as pessoas próximas da família, passam por mudanças em vários aspectos.

Isso porque, as doenças graves trazem uma preocupação quanto a recidiva e alterações físicas significativas, tem uma grande influência em provocar impactos psicológicos e emocionais, fazendo com que as pessoas reflitam sobre vários aspectos de suas vidas que antes da ocorrência da doença não eram tão valorizados, ou mesmo passavam despercebidos. E, ao vivenciarem experiências com o câncer, muitas pessoas passam a reorganizar suas vidas com novas estratégias, novos valores, atribuindo novos significados aos eventos e percepções anteriores.

O câncer pode ser considerado cada vez mais um fenômeno não só biológico, mas também psicológico e social em toda sua amplitude, pois pode acarretar muito sofrimento, tanto pelas situações impostas pela doença e pelos efeitos indesejáveis dos tratamentos, como por aqueles de cunho emocional que faz as pessoas sofrerem por antecipar os problemas futuros. Assim, é notório que tanto o paciente como sua família devam receber cuidados de uma equipe multiprofissional, capaz de prestar uma

assistência digna aos dois, pois a família recebe o diagnóstico junto com o paciente, sofre, vibra e torce em cada fase do tratamento.

Daí a necessidade de se cuidar também da família que possui duplo papel, cuidadora e merecedora de cuidados, sendo necessária uma atenção a todos os fatores e sentimentos que norteiam o cuidar para que a família possa repassar ao paciente um cuidado melhor e uma qualidade de vida mais digna a todos os envolvidos no processo de tratamento.

Para tanto, faz-se necessário que os profissionais da área da saúde conheçam as várias facetas impostas pelo câncer no seio familiar, para serem profissionais que atuam além dos sinais e sintomas, mas que também possam ser fonte de apoio e ajuda psíquica para a família que enfrenta o câncer no lar. Além de que, a pessoa com câncer necessita de um cuidado fornecido por uma equipe multidisciplinar que promova a cura da doença ou traga qualidade de vida quando a cura não puder ser alcançada e ainda que alivie o sofrimento emocional e respeitem as mudanças que ocorrem no contexto de vida da pessoa e da sua família.

Aproximar-se da vivência da pessoa idosa, como Enfermeira, foi essencial para algumas reflexões. Ressalto a importância do fortalecimento do vínculo profissional-usuário de acolhimento e confiança, visualizando a pessoa idosa como sujeito ativo que consegue tomar decisões acerca de sua saúde, com um olhar atento no passado considerando suas experiências já vividas e um olhar no futuro, almejando o que ainda está por vir.

Considerando os aspectos epidemiológicos e o contexto social do país, o conhecimento dessas facetas pode aproximar os profissionais de saúde dessas pessoas, por meio de diálogos que contemplem suas necessidades e expectativas, podendo ser revistas às propostas governamentais de ações efetivas. O envelhecimento é uma vivência tão pessoal que apenas o Ser que a vive pode expressar essa experiência.

REFERÊNCIAS

AJAJ A, SINGH MP, ABDULLA AJ. **Should elderly patients be told they have cancer? Questionnaire survey of older people.** *Bmj*, v. 323, n. 7322, p. 1160, Nov 17 2001. ISSN 0959-8138 (Print) 0959-535x.

ALEGRANCE FC, SOUZA CB, MAZZEI RL. **Qualidade de Vida e Estratégias de Enfrentamento em Mulheres com e sem Linfedema Pós-Câncer de Mama.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2010; 56(3): 341-351.

AQUINO VV, ZAGO MMF. **O significado das crenças religiosas para em grupo de pacientes oncológicos em reabilitação.** *Rev Latino-am Enfermagem* 2007;15(1): 42-7.

ARAÚJO HMA, SILVA RM, BONFIM IM, FERNANDES AFC. **A comunicação da enfermeira na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada: um estudo de GroundTheory.** *Rev. Latino – am. Enferm.* Vol. 18, n.1, pp. 1 – 7, 2010.

ARAÚJO PA. **A questão do ser em geral em Ser e Tempo, de Martin Heidegger.** *Revista Ética e Filosofia Política – Número XVI – Volume II – dezembro de 2013.*

ASCOMCER. Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora [Internet]. [atualizado em 2015, citado em 2015]. **Histórico.** Disponível em: <http://www.ascomcer.com.br/historico>.

ASSIS CMRB *et a.* **Oncologia geriátrica: conceitos, tendências e desafios.** *Geriatrics & Gerontology*, p. 106, 2011.

BARBOSA KA, FREITAS MH. **Religiosidade e atitude diante da morte em idosos sob cuidados paliativos.** *Revista Kairós*, 2009; 12(1):113-134.

BIELEMANN VLM. **Convivendo com o ser humano que está morrendo.** *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 152-169, 2001.

BORGES ADVS *etal.* **Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento.** *Psicol estud.*, 2006; 2(11):361-69.

BOSONNI RHC, STUMM EMF, HILDEBRAND LM, LORO MM. **Câncer e morte, um dilema para pacientes e familiares.** *Revista Contexto e Saúde.* Editora UNIINJUI v. 9 n. 17, p. 13-21, jul./dez. 2009.

BRASIL. **ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação ; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : Inca, 2012, 129 p.

_____. **De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil** / Luiz Antonio Teixeira; Cristina M. O. Fonseca.-

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde** / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996.** Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 de jul. 1996.

_____. **Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004.** Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências.

_____. **Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004.** Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 de dez. 2004.

_____. **Decreto nº 6.800 de 18 de março de 2009.** Dá nova redação ao art. 2º do Decreto no 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo,

_____. **Lei 8.078 de 11 de setembro de 1990.** Código de Proteção e Defesa do Consumidor.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 de out.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 de set.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial

_____. **Lei No 8.842 de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a política nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**/Ministério da Saúde – 3ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999.** Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez.1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 702 de 12 de abril de 2002.** Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 abr. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, 2006. Caderno de Atenção Básica n. 19.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral.** XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo 2010.** Brasília, [2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>>.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD**. Brasília, [2010].

BRUNNER, SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

BRUSCAGIN C. **Família e religião**. In: Cerveny CMO. Família, comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p.163-86.

BUTOW MCP. **Responding to family requests for nondisclosure: The impact of oncologists' cultural background**. Journal of Cancer Research and Therapeutics - January-March 2015 - Volume 11 - Issue 1.

CAPALBO C. **Alternativas metodológicas de pesquisa**. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 3, Florianópolis, 1984. Anais. Florianópolis, Ed. UFSC, 1984. p. 130-57.

CAPALBO C. **Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem**. Rev. Enf. UERJ, Rio de Janeiro, v.2,n.1,p.26- 32,1994.

CARVALHO MMMJ. **Introdução à Psiconcologia**. Campinas: Editora Livro Pleno, 2003.

CARVALHO MVB, MERIGHI MAB. **O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 951-959, 2005.

CASANOVA EG, LOPES GT. **Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente**. Rev. Bras. de Cancerologia. Vol. 62, n. 6, pp. 831 – 836, 2009.

CHAVES PL, GORINI MIPC. **Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial**. Rev. Gaúcha Enferm. Vol.32, n.4, pp. 767 – 73, 2011.

COFEN. **Resolução COFEN 311/2007**. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

CORRÊA AK. **Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em Enfermagem**. Rev. Latino-am. Enfermagem - Ribeirão Preto - v. 5 - n. 1 - p. 83-88 - janeiro 1997.

COUTO, AM. **O cuidador familiar de idoso dependente: vivências de cuidar em contexto domiciliar e implicações para enfermagem**. 16/08/2013 170 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz De Fora, Juiz de Fora. Biblioteca Depositária: Universidade Federal de Juiz de Fora.

COYLE N. **The hard work of living in the face of death**. Journal of Pain and Symptom Management. EUA, v. 32, n. 3, p. 266-274, 2006.

DARTIGUES A. **O que é fenomenologia?** Rio de Janeiro: Eldorado, 1973.

DIAS OV *et al.* **Segredo profissional e sua importância na prática de enfermeiros e odontólogos.** Rev. bioét. (Impr.), v.21 n.3, p. 448-54, 2013.

DIEHR P *et al.* **Quality of life at the end of life.** BioMed Central. Health and Quality of Life Outcomes, v. 5: 51, 2007.

ENG TC, YAAKUP H, SHAH SA, JAFFAR A, OMAR K. **Preferences of Malaysian Cancer Patients in Communication of Bad News.** Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol 13, 2012.

ESTEVES, JA. **Sendo-familiar-de-pessoa-em-tratamento-de-câncer.** 14/12/2016 76 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz De Fora, Juiz de Fora. Biblioteca Depositária: Universidade Federal de Juiz de Fora.

FARIAS JS *et al.* **Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha. A percepção de profissionais de saúde.** Rap. Rio de Janeiro, v.45 n.5, p.1303-326, set./out. 2011.

FERLAY, J. et al. **Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012.** International journal of cancer, Genève, v. 136, n. 5, p.359-386, 2015.

FERRÃO C. **Aspectos psíquicos do paciente com câncer.** Artigo do Núcleo de Estudos e Temas em Psicologia, NETPSI, 2008.

FERREIRA NML, DE CHICO E, HAYASHI VD. **Buscando compreender a experiência do doente com câncer.** Revista Ciências Médicas, v. 14, n. 3.p. 239-248, 2005.

FITCH *et al.* **Health promotion and early detection of cancer in older adults: needs assesment for program development.** Cancer Nursing, 1997; 6(20):381-88.

FONSECA SM da, CAR MR. **A dialética da representação do tratamento quimioterápico para o doente oncológico: Vida versus Morte.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 13, n. 2, 2000.

FONSECA, COS. **Vivências de familiares de pacientes com câncer em processo de terminalidade de vida: um estudo clínico-qualitativo.** 01/08/2012 124 f. Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica. Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto, Ribeirão Preto. Biblioteca Depositária: Campus da USP.

FRANÇA, KMA; RIBEIRO, GMF. **A noção de de-cadência no pensamento de Martin Heidegger.** Existência e Arte, São João Del-Rei, v. 2, n. 2, p. 1-5, jan./dez. 2006.

GIACALONE A, TALAMINI R, FRATINO L, SIMONELLI C, BEARZ A, SPINA M, TIRELLI U. **Cancer in the elderly: The caregivers' perception of senior patients' informational needs.** Archives of Gerontology and Geriatrics 49 (2009) e121-e125.

GIRONÉS R. **Communication of Diagnosis in Elderly Lung Cancer Patients: Who is Informed, What Information is Given and What Patients Know and Want to Know.** Gironés, J Palliat Care Med 2014, 4:4.

GLOBAL AGEWATCH INDEX 2015: Insight report Published by HelpAge International, PO Box 70156, London WC1A 9GB, UK www.helpage.org info@helpage.org.

GUERRERO GP, ZAGO MMF, SAWADA NO, PINTO MH. **Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente.** Rev brasenferm., 2011; 64(1):53-59.

GUIMARÃES HP, AVEZUM A. **O impacto da espiritualidade na saúde física.** Rev PsiquiatrClín 2007; (supl1): 88-94.

GUTZ L; CAMARGO BV. **Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2013; 16(4):793-804.

HEIDEGGER M. **Ser e Tempo.** Tradução: Márcia Sá Cavalcante Schuback, 16. ed.. Posfácio de Emmanuel Carneiro Leão, 8 ed. Petrópolis - RJ: Editora Vozes; Bragança Paulista – SP: Editora Universitária São Francisco, 600 p. (Coleção Pensamento Humano), 2015.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2015.

JAAN I. **Enfrentando o morrer: a experiência de luto(a) do paciente com câncer avançado e de seus familiares.** Psic. Rev. v. 8, p. 11-22, 1999.

JONAS LT, SILVA NM, PAULA JMD, MARQUES S, KUSUMOTA L. **Comunicação do diagnóstico de câncer à pessoa idosa.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene, v. 16, n. 2, 2015. ISSN 2175-6783.

KAWAKAMI S, ARAI G, UEDA K, MURAI Y, YOKOMICHI H, AOSHIMA M, TAKAGI K. **Physician's attitudes towards disclosure of cancer diagnosis to elderly patients: a report from Tokyo, Japan.** Archives of Gerontology and Geriatrics 33, 2001.

KLUSER SR, TERRA MG, NOAL HC, LACCHINI AJB, PADOIN SMM. **Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos pacientes com câncer.** Rev. Rene. Vol.12, n.1, pp.166 – 72, 2011.

KOVÁCS MJ. **Sofrimento psicológico de pacientes com câncer avançado em programas de cuidados paliativos.** Boletim de Psicologia, v. XLVIII, n. 109, p. 25-47, 1998.

LOCATELLI C, PISELLI P, CICERCHIA M, REPETTO L. **Physicians' age and sex influence breaking bad news to elderly cancer patients. Beliefs and practices of 50 Italian oncologists: the G.I.O.Ger study.** Psycho-Oncology 22: 1112-1119, 2013.

LOCH JA. **Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica.** Bioética. n. 11, 2003.

LORENCETTI A, SIMONETTI JP. **As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2005; 13(6): 944-50.

MAGALHAES, MSP. **Vivência do cuidador idoso no cuidado domiciliar a pessoa idosa em palição.** 16/12/2015 97 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador. Biblioteca Depositária: Biblioteca Universitária De Saúde da UFBA.

MAIA SAF. **Câncer e morte, o impacto sobre o paciente e a família.** Artigo de conclusão de especialização em Psiconcologia, Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, 2005.

MARCHI, JA. **Vivências de cuidadores familiares de pessoas dependentes e com câncer: uma análise existencial.** 11/12/2013 112 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Maringá. Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da UEM.

MELO MCSC, SOUZA IEO. **Ambiguidade: modo de ser da mulher na prevenção secundária do câncer de mama.** Escola Anna Nery Ver de Enfermagem, Rio de Janeiro, RJ, vol. 16, n. 1, p. 41-48, jan./mar. 2012.

MELO MCSC. **Mulheres em risco familiar para o câncer de mama: uma hermenêutica da prevenção secundária.** Diss. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2009.

MELO NCV; FERREIRA MCM; TEIXEIRA KMD. **Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade.** Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica, Viçosa, v. 25, n.1, p. 004-019, 2014.

MUTRO, MEG. **Vivência do Cuidador familiar de paciente com câncer.** 01/02/2012 110 f. Profissionalizante em Enfermagem Universidade Est.Paulista Júlio de Mesquita Filho/Botucatu, Botucatu. Biblioteca Depositária: Biblioteca do Câmpus da Unesp de Botucatu.

NASCIMENTO LC *etal.* **Crianças com câncer e suas famílias.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 39, n. 4, p. 469-474, 2005.

OLIVEIRA, ALB. **Significado da religião/religiosidade para a pessoa idosa.** 15/09/2014. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Plano de Ação Internacional sobre o envelhecimento.** Madrid, Espanha 2002; tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de Mendonça e Vitória Gois. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

PANG A, HO S, LEE S. **Cancer physicians' attitude towards treatment of the elderly cancer patient in a developed Asian country.** BMC Geriatrics 13:35, 2013.

PAULA A *et al.* **Perfil do paciente com câncer: considerações pós-diagnósticas da qualidade de vida no âmbito psicossocial.** HU Revista, Juiz de Fora. v. 29, n. 1-2, p. 426-430, 2003.

PAULA CC de, SOUZA IEO, CABRAL IE, PADOIN SMM. **Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.6, pp.984-989.

PEDRO ENR, FUNGHETTO SS. **Concepções de cuidado para os cuidados: um estudo com a criança hospitalizado com câncer.** *Rev. Gaúcha Enferm.* Vol. 26, n.2, pp. 210 – 219, 2005.

PENSON RT *et al.* **Fear of death.** *The Oncologist*, 10.p. 160-169, 2005.

PERRANDO, MS. **Vivências de cuidadores familiares no cuidado ao idoso em tratamento quimioterápico ambulatorial.** 26/06/2015 81 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria. Biblioteca Depositária: Biblioteca Central.

PETERSON AA, CARVALHO EC. **Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer.** *Revbrasenferm* [Internet]. 2011 [cited 2013 July 17];64(4):692-7.

PINQUART M, DUBERSTEIN PR. **Information needs and decision-making processes in older cancer patients.** *CriticalReviews in Oncology/Hematology* 51 (2004) 69–80.

PIOLLI, KC. **Significados das vivências de cuidadoras do companheiro com câncer: uma análise existencial.** 21/11/2014 108 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Maringá. Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da UEM.

PRIMO W, GARRAFA V. **Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário.** *Rev Assoc Med Bras*, v. 56, n. 4, p. 397-402, 2010.

REMONTET L *et al.* **Cancer incidence and mortality in France over the period 1978–2000.** *Rev EpidemiolSantePublique.* 2003;51:3–30.

RETICENA, KO. **Compreensão fenomenológica existencial da dor oncológica vivenciada por idosos: perspectivas para os cuidados de Enfermagem.** 12/11/2014 115 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

REZENDE, G. **Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos em cuidados paliativos.** 16/03/2016 92 f. Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto, São Paulo. Biblioteca Depositária: USP.

RODRIGUES AB. **Emoções e representações emergentes da experiência do olhar sobre a morte.** 2001. Dissertação (Mestrado) – Escola Enfermagem USP, São Paulo, 2001.

RODRIGUES, JSM. **Família do doente com câncer: percepção de apoio social.** 01/01/2012 118 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Biblioteca Depositária: Biblioteca Comunitária da UFSCar.

SAAD M, MASIERO D, BATTISTELLA LR. **Espiritualidade baseada em evidências.** Acta Fisiátrica 2001; 8(3): 107-12.

SANTOS, LMS. **Cuidado paliativo oncológico domiciliar na experiência de familiares cuidadores.** 07/08/2015 83 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Pará, Belém. Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da Universidade Federal Do Pará.

SCHOFIELD PE, BEENEY LJ, THOMPSON JF, BUTOW PN, TATTERSALL MHN, DUNN SM. **Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patient's perspective.** Ann Oncol, v. 12, n. 3, p. 365-71, Mar 2001.

SEIFART C, HOFMANN M, BAR T, KNORRENSCHILD JR, SEIFART U, RIEF W. **Breaking bad news—what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany.** Annals of Oncology 25: 707–711, 2014. Published online 6 February 2014.

SILVA JMDOE, LOPES RLM, DINIZ NMF. **Fenomenologia.** Rev. Bras. Enferm., v.61, n.2, p.254-7, 2008.

SILVA TON *etal.* **Avaliação da dor em pacientes oncológicos.** Rev. Enferm UERJ. Vol. 19, n. 3, pp. 359 – 3663, 2011.

SILVA VCE, ZAGO MMF. **A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 4, p. 476-480, 2005. ISSN 0034-7167.

SILVA, NM. **Idoso em tratamento oncológico: relação entre esperança, sintomas depressivos e nível de estresse.** 10/09/2015 153 f. Mestrado em Enfermagem Fundamental. Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto, São Paulo Biblioteca Depositária: Biblioteca Central USP Ribeirão Preto.

SIRKIÄ K *etal.* **Weekend courses for families who have lost a child with cancer.** Medical and Pediatric Oncology, v. 34.p. 352-355, 2000.

SOARES L, SANTANA M, MUNIZ R. **O fenômeno do câncer na vida de idosos.** Cienc Cuid Saude, p. 660-7, 2010.

SOARES, LG. **Homens idosos e o cuidado de si: implicações para a enfermagem gerontogeriatrica.** 01/03/2012 134 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio De Janeiro, Rio De Janeiro. Biblioteca Depositária: Bibliotecas: Setorial de Pós-graduação/ EEAN e ABEn-Nacional.

SOUZA AS, VALADARES GV. **Desvelando o saber/fazer sobre o diagnóstico de enfermagem: experiência vivida em neurocirurgia oncológica.** Rev. Bras. Enferm. Vol. 64, n. 5, pp. 890 – 897, 2011.

SOUZA MGG, SANTO FHE. **O olhar que olha o outro... um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica.** Rev. Bras. de Cancerologia. Vol. 54, n.1, pp. 31 – 41, 2008.

STUMM EMF, LEITE MT, MASCHIO G. **Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer.**Cogitareenferm. Vol. 13, n. 1, pp. 75 – 82, 2008.

STUMM EMF, SCHERER JA, KIRCHNER RM, BERLEZI E, FRANZ LBB. **Vivências de idosos submetidos à prostatectomia por câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem.** *Textos&Contextos (Porto Alegre)*, 9(1), 89-102, 2010.

SUAREZ-ALMAZOR ME *etal.* **Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptom distress and subsequent survival.** *JournalofClinicalOncology*, v. 20, n. 8, p. 2.134-2.141, 2002.

TEIXEIRA JJV, LEFÈVRE F. **Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer.** *Ciênc saúde coletiva*, 2008; 13(4):1247-56.

THAINES, GHLS. **Experiência de adoecimento e cuidado de família e idosa em situação crônica.** 01/12/2012 123 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá: Biblioteca Depositária: UFMT

TOFANI AC, VAZ CE. **Câncer de próstata, sentimento de impotência e fracassos ante os cartões IV e VI do Rorschach.** *Interam. j. psychol.*, 2007; 2(41):197-204.

UFJF. Centro de Pesquisas Sociais. Pró-Reitoria de Extensão. **Relatório Executivo “Diagnóstico Socioeconômico da População Idosa de Juiz de Fora”.** Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

UICC.INTERNATIONAL UNION AGAINST CANCER.**Prevençiondelcancer: estratégias basadas em la evidencia: una guia de la UICC para AmericaLatina.**Geneva, 2006.

VASCONCELOS, EV. **Representações sociais do câncer para cuidadores familiares de pacientes fora de possibilidades de cura: Implicações para o cuidado.** 01/06/2012 137 f. Mestrado em Enfermagem. Universidade Do Estado Do Pará, Belém. Biblioteca Depositária: Biblioteca Leontina Gomes do Curso de Enfermagem/UEPA.

VIEIRA MCU. **Sentimentos, saberes e fazeres do cuidador principal do idoso com câncer.** Dissertação (mestrado), Maringá, 2006. 221p.

VIEIRA TS, MONTEIRO CFS. **Entrevista fenomenológica com egressos de Instituição Psiquiátrica: Relatos de Experiências.** *Cultura de los Cuidados*, v. 31, n. 1, p. 24-29, 2011.

VISENTIN A, LABRONICI L, LENARDT MH. **Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico.** *Acta paul enferm*, v. 20, n. 4, p. 509-13, 2007.

VISENTIN A, LENARDT MH. **O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer.** Acta Paul Enferm, v. 23, n. 4, p. 486-92, 2010.

WALSH F, McGOLDRIK. **Morte na família: sobrevivendo às perdas.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

WESTMAN B, BERGENMAR M, ANDERSSON L. **Life, illness and death: existential reflections of a Swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer.** Eur J OncolNurs 2006; 10: 169-76.

WHO. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde/World Health Organization;** tradução Suzana Gontijo.-Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.:il.

YANCIK R, RIES LA. **Cancer in older persons: an international issue in an aging world.** SeminOncol. 2004 Apr;31(2):128-36.



ANEXO 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM**

DECLARAÇÃO


Ilma. Alessandra Sampaio Faria de Souza

Presidente da Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora - ASCOMCER

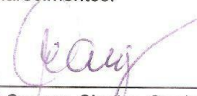
Solicito a Vossa Senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa intitulada "O movimento existencial da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica: contribuições para o cuidado de enfermagem" que será desenvolvida por mim, Paloma Coutinho Campos Enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, matrícula N°: 102320090 sob a orientação da professora Dra. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo.

O objetivo deste estudo é: compreender significados da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica. Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e que será mantido o absoluto anonimato em relação aos participantes envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.



Paloma Coutinho Campos



Maria Carmen Simões Cardoso de Melo

AUTORIZAÇÃO

Eu, Alessandra Sampaio Faria de Souza - Presidente da Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora - ASCOMCER, declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa, que esta instituição possui infraestrutura e autorizo a coleta de dados dos prontuários dos pacientes desta instituição.



Alessandra Sampaio Faria de Souza
Presidente - ASCOMCER

Juiz de Fora, 24/08/16.



ANEXO 2
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO

Ilmo. Dr. Jairo Antônio Silvério
Diretor Técnico da Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora - ASCOMCER

Solicito a Vossa Senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa intitulada "O movimento existencial da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica: contribuições para o cuidado de enfermagem" que será desenvolvida por mim, Paloma Coutinho Campos Enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, matrícula N°: 102320090 sob a orientação da professora Dra. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo.

O objetivo deste estudo é: compreender significados da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica. Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e que será mantido o absoluto anonimato em relação aos participantes envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Paloma Coutinho Campos

Paloma Coutinho Campos

Maria Carmen Simões Cardoso de Melo

Maria Carmen Simões Cardoso de Melo

AUTORIZAÇÃO

Eu, Jairo Antônio Silvério – Diretor Técnico da Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora - ASCOMCER, declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa, que esta instituição possui infraestrutura e autorizo a coleta de dados dos prontuários dos pacientes desta instituição.

Jairo Antonio Silvério

MÉDICO - CRM MG 7865
DIRETOR TÉCNICO
HOSPITAL - ASCOMCER
Jairo Antônio Silvério
Diretor Técnico - ASCOMCER

Juiz de Fora, 25/08/16



ANEXO 3
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO

Ilmo. Dr. Felipe José Vieira
Diretor Clínico da Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora - ASCOMCER

Solicito a Vossa Senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa intitulada "O movimento existencial da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica: contribuições para o cuidado de enfermagem" que será desenvolvida por mim, Paloma Coutinho Campos Enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, matrícula N^o: 102320090 sob a orientação da professora Dra. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo.

O objetivo deste estudo é: compreender significados da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica. Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e que será mantido o absoluto anonimato em relação aos participantes envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Paloma Coutinho Campos
Paloma Coutinho Campos

MC
Maria Carmen Simões Cardoso de Melo

AUTORIZAÇÃO

Eu, Felipe José Vieira – Diretor Clínico da Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora - ASCOMCER, declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa, que esta instituição possui infraestrutura e autorizo a coleta de dados dos prontuários dos pacientes desta instituição.

[Assinatura]
Felipe José Vieira
Diretor Clínico - ASCOMCER

Dr. Felipe José Vieira
Diretor Clínico
Hospital Ascomcer
CRM 30772
CPF 628.339.526-00

Juiz de Fora, 29/08/16



ANEXO 4
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO

Ilma. Enfª Adriana Moreira de Carvalho Barcelos
Chefe da Divisão de Enfermagem da Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora - ASCOMCER

Solicito a Vossa Senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa intitulada "O movimento existencial da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica: contribuições para o cuidado de enfermagem" que será desenvolvida por mim, Paloma Coutinho Campos Enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, matrícula N°: 102320090 sob a orientação da professora Dra. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo.

O objetivo deste estudo é: compreender significados da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica. Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e que será mantido o absoluto anonimato em relação aos participantes envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Paloma Coutinho Campos
Paloma Coutinho Campos

Maria Carmen Simões Cardoso de Melo
Maria Carmen Simões Cardoso de Melo

AUTORIZAÇÃO

Eu, Adriana Moreira de Carvalho Barcelos – Chefe da Divisão de Enfermagem da Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora - ASCOMCER, declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa, que esta instituição possui infraestrutura e autorizo a coleta de dados dos prontuários dos pacientes desta instituição.

Adriana Moreira de Carvalho Barcelos
Adriana Moreira de Carvalho Barcelos
Chefe da Divisão de Enfermagem - ASCOMCER

Juiz de Fora, 15/10/2016



ANEXO 5

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM**


Ilma. Prof.^a Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich
Diretora da Faculdade de Enfermagem - UFJF

Solicito a Vossa Senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa intitulada "O movimento existencial da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica: contribuições para o cuidado de enfermagem" que será desenvolvida por mim, Paloma Coutinho Campos Enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, matrícula Nº: 102320090 sob a orientação da professora Dra. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo.

O objetivo deste estudo é: compreender significados da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica. Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e que será mantido o absoluto anonimato em relação aos participantes envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Paloma Coutinho Campos

Maria Carmen Simões Cardoso de Melo

AUTORIZAÇÃO

Eu, Denise Barbosa de Castro Friedrich, Diretora da Faculdade de Enfermagem, declaro que fui devidamente informada quanto às finalidades desta pesquisa.

Denise Barbosa de Castro Friedrich
Diretora da Faculdade de Enfermagem - UFJF

Juiz de Fora, 02/08/2016

Prof.^a Dra. Denise B. de Castro Friedrich
DIRETORA DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM - UFJF
COREN-MG 024.833



ANEXO 6

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Ilma. Prof. Fábio da Costa Carbogim

Chefe do Departamento de Enfermagem Aplicada - Faculdade de Enfermagem - UFJF

Solicito a Vossa Senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa intitulada "O movimento existencial da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica: contribuições para o cuidado de enfermagem" que será desenvolvida por mim, Paloma Coutinho Campos Enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, matrícula N°: 102320090 sob a orientação da professora Dra. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo.

O objetivo deste estudo é: compreender significados da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica. Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e que será mantido o absoluto anonimato em relação aos participantes envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/12 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Paloma Coutinho Campos
Paloma Coutinho Campos

Maria Carmen Simões Cardoso de Melo
Maria Carmen Simões Cardoso de Melo

AUTORIZAÇÃO

Eu, Fábio da Costa Carbogim, **Chefe do Departamento de Enfermagem Aplicada da Faculdade de Enfermagem - UFJF**, declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa.

Prof. Fábio C. Carbogim
FACULDADE DE ENFERMAGEM - UFJF
CHEFE DEPART. ENFERMAGEM APLICADA
MAT. STAPE 1002566

Fábio da Costa Carbogim
Chefe do Departamento de Enfermagem Aplicada
Faculdade de Enfermagem - UFJF

Juiz de Fora, 04/08/16

Anexo 7

UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA



Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu Paloma Coutinho Campos, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado "O movimento existencial da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica: contribuições para o cuidado de Enfermagem", declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Paloma Coutinho Campos
Paloma Coutinho Campos

Fone: (32) 99177-7433/98824-4987

E-mail: palomakouts@hotmail.com

Juiz de Fora 03 de setembro de 2016.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Humana - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Anexo 8



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O movimento existencial da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica: contribuições para o cuidado de Enfermagem

Pesquisador: PALOMA COUTINHO CAMPOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59677316.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.803.461

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.803.461

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 15/03/2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.803.461

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_769461.pdf	06/10/2016 08:14:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/10/2016 16:11:27	PALOMA COUTINHO CAMPOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomodelocep.doc	03/10/2016 16:11:08	PALOMA COUTINHO CAMPOS	Aceito
Outros	instrumentodeentrevista.pdf	03/09/2016 10:25:19	PALOMA COUTINHO CAMPOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodeconfidencialidadeesigilo.jpg	03/09/2016 10:19:31	PALOMA COUTINHO CAMPOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anexo6.jpg	03/09/2016 10:16:57	PALOMA COUTINHO CAMPOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anexo5.jpg	03/09/2016 10:15:32	PALOMA COUTINHO CAMPOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anexo4.jpg	03/09/2016 10:13:59	PALOMA COUTINHO CAMPOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anexo3.jpg	03/09/2016 10:12:21	PALOMA COUTINHO CAMPOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anexo2.jpg	03/09/2016 10:09:09	PALOMA COUTINHO CAMPOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anexo1.jpg	03/09/2016 10:07:35	PALOMA COUTINHO CAMPOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/09/2016 10:00:58	PALOMA COUTINHO CAMPOS	Aceito

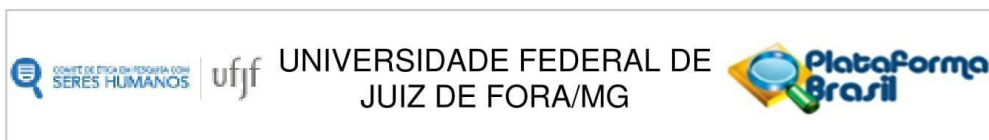
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.803.461

JUIZ DE FORA, 03 de Novembro de 2016

Assinado por:
Vânia Lúcia Silva
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Apêndice A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "O movimento existencial da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica: contribuições para o cuidado de Enfermagem". Nesta pesquisa pretendemos compreender significados da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica. O motivo que nos leva a estudar é refletir sobre a pessoa idosa diante da situação de doença oncológica. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) participará de uma entrevista gravada, suas informações serão transcritas, estudadas e divulgadas em eventos de natureza exclusivamente científica. Também serão coletadas em seu prontuário as seguintes informações: diagnóstico médico, tempo de diagnóstico e tratamentos em realização. Os riscos envolvidos na pesquisa constituem-se como mínimos, isto é, poderá haver leve desconforto ao relembrar de situações vividas. A pesquisa contribuirá para o conhecimento em saúde e em enfermagem, além de sinalizar possibilidades e necessidades de outros estudos. Os resultados da pesquisa poderão trazer contribuições à prática do enfermeiro na assistência à pessoa idosa em situação de doença oncológica, pois ele, dentro da equipe multiprofissional, tem muito a colaborar neste processo.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa "O movimento existencial da pessoa idosa diante do conhecimento da situação de doença oncológica: contribuições para o cuidado de Enfermagem", de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Paloma Coutinho Campos – Rua José Lourenço Kelmer, S/N. Campus Universitário – CCS – São Pedro – Cep: 36036-330 - Juiz de Fora – MG. E-mail: palomakouts@hotmail.com - Telefone: (32) 98824-4987/99177-7433.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Humana - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pesquisa
CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Apêndice B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM



INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

- **Aspectos de Caracterização:**

- Entrevista Nº: _____ Data: _____ Início às _____ hs Término às _____ hs
- Iniciais: _____ Codinome escolhido: _____
- Idade: _____ Profissão: _____ Ocupação: _____
- Grau de Instrução: _____ Tempo de escolaridade: _____
- Aspectos de Religiosidade, Espiritualidade e Crença: _____

- **Informações do Prontuário:**

- Diagnóstico médico: _____
- Tempo de diagnóstico: _____
- Tratamentos em realização: _____

- **Indagações norteadoras da Entrevista:**

- O senhor vai me contar sobre o seu adoecimento, como que o senhor descobriu que estava doente?
- Como foi que o senhor (a) se sentiu com esta notícia, suas emoções.
- Como foram suas conversas com os profissionais de saúde sobre sua doença, seus sentimentos? Que profissionais abordaram este assunto com o senhor?
- Você quer conversar sobre mais alguma coisa ou completar algo?