



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:
ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO**



JOSE MARIA BARRETO DE JESUS

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS ENFERMEIROS SOBRE O CÂNCER E SUAS
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM PRESTADO AOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

BELÉM/PA

2017

JOSE MARIA BARRETO DE JESUS

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS ENFERMEIROS SOBRE O CÂNCER E SUAS
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM PRESTADO AOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, Mestrado em Enfermagem da UFPA, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Éder Dias da Silva

BELÉM/PA

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na fonte Biblioteca Universitária
da Universidade Federal do Pará.

Jesus, José Maria Barreto de.

J58r A representação social dos enfermeiros sobre o câncer e suas implicações para o cuidado de enfermagem prestado aos pacientes oncológicos /, José Maria Barreto de Jesus; Orientador, Silvio Éder Dias da Silva;. - Belém, PA, 2017.
72p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Quimioterapia. 3. Enfermagem Oncológica. I. Silva, Silvio Éder Dias da. II. Universidade Federal do Pará. III. Título.

JOSE MARIA BARRETO DE JESUS

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS ENFERMEIROS SOBRE O CÂNCER E SUAS
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM PRESTADO AOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, Mestrado em Enfermagem da UFPA, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Belém/PA, de maio de 2017.

Profª. Sandra Helena Isse Polaro, Drª.
Coordenadora do Curso de Pós Graduação em
Enfermagem – PPGENF/UFPA

Banca Examinadora:

Dr. Silvio Éder Dias da Silva- UFPA
Presidente/Orientador

Prof. _____, Dr.
Membro – 1º Examinador

Prof. _____, Dr.
Membro – 2º Examinador

*Dedico esta dissertação à minha Esposa Aldenora
França de Jesus, como prova de grande estima,
consideração e apreço.*

AGRADECIMENTOS

A Deus – Todo Poderoso -, por todas as portas abertas que encontrei e pelas facilidades descobertas nesta trajetória, que me ensinaram que jamais devemos desistir de nossos sonhos.

A maravilhosa equipe, especialmente a Coordenação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Ufpa, que muito contribuiu para a realização plena deste trabalho.

Ao meu Amigo e Orientador – Prof. Dr. Sílvio Dias da Silva: tua sapiência, orientação, compreensão e exemplo tornaram concreto este sonho. A caminhada a teu lado foi fundamental para meu aprendizado e a conclusão desta dissertação.

Ao meu Amigo e Companheiro do Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, Dr. João Bosco Mattos, pela ajuda e apoio constantes.

A minha esposa Aldenora França de Jesus, pela compreensão, afeto e carinho recebidos antes, durante e depois da realização desta pesquisa.

Agradeço aos meus pais, Dulce e Abidon, pela pedagogia primeira, incentivo constante e amor necessário.

Meu muito obrigado!

JESUS, Jose Maria Barreto de. **A representação social dos enfermeiros sobre o câncer e suas implicações para o cuidado de enfermagem prestado aos pacientes oncológicos.** 2017. 72f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico

Orientador: Prof. Dr. Silvio Éder Dias da Silva

RESUMO

Apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, Mestrado em Enfermagem da UFPa como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Esta pesquisa tem como objeto de estudo a *representação social dos enfermeiros sobre câncer e suas implicações para o cuidado de enfermagem prestado aos pacientes oncológicos*. O interesse por este objeto surgiu quando comecei a perceber a mudança no perfil dos pacientes internados no hospital onde trabalho que passaram de portadores de doenças agudas (leptospirose, raiva, meningites bacterianas e virais entre outras) para doenças crônicas, mais especificamente o câncer. O câncer é uma doença que afeta primeiramente o nível cognitivo do indivíduo, que posteriormente após o processo de assimilação, passa a compreendê-lo e a temê-lo. Por tal motivo aceita o tratamento, que também implica em sofrimento (cirurgias mutiladoras, radioterapia e quimioterapia). Mas quando as manifestações da doença se materializam no corpo do doente, seu biótipo anterior é alterado o que se traduz em sinais e sintomas, tais como: emagrecimento acentuado, perda da força muscular e outros. A doença, agora visualizada por outros, deixa o âmbito psicológico passando, também, para o sociológico – torna-se uma doença psicossocial. Já no que se refere à visão do profissional, as dimensões culturais imputam a compreensão de que o câncer é uma doença terminal, ou seja, quando o indivíduo se encontra acometido pela patologia por maior que seja a dedicação da equipe de saúde a morte é inevitável. Ressalto que esta realidade encontra fundamento não por ser o câncer uma doença terminal, mas sim pela existência de uma forte burocracia presente nos serviços de saúde. Cabe mencionar que no estado do Pará, este problema está mais acentuado, devido as grandes dimensões do território, que dificultam o acesso de pacientes aos serviços de saúde. O câncer é uma doença que se encontra bastante explorada por diversos tipos de pesquisas, inclusive as de cunho psicossocial. Mas evidencio que o desvelar sobre as representações sociais de enfermeiros sobre o câncer é de fundamental importância para um repensar da enfermagem sobre o cuidado prestado a um paciente portador de uma doença crônica, e quase sempre terminal. A partir deste entendimento, formulei os seguintes objetivos: caracterizar a representação social dos enfermeiros sobre o câncer e analisar as implicações desta representação social para o cuidado de enfermagem prestado aos pacientes oncológicos. O estudo é do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa e aporte teórico dos conceitos da Teoria das Representações Sociais. O trabalho apoia-se em fontes primárias: depoimentos de dezenove enfermeiras e um enfermeiro, produzidos a partir de entrevista semiestruturada e da técnica de associação livre de ideias. Optei primeiramente pela aplicação da técnica de associação livre de ideias, como forma de aprofundar as temáticas que emergiram na livre associação de ideias, utilizei como segunda técnica a entrevista semidirigida. As informações foram trabalhadas através da

análise temática, a qual propicia conhecer uma realidade, por meio das comunicações de indivíduos que tenham vínculos com a mesma. Busquei seguir a orientação dessa autora que desdobra esse tipo de análise em três etapas: a 1ª é a pré-análise, que consistiu na seleção e organização do material, com a realização da leitura flutuante e a constituição do corpus; a 2ª a exploração do material e a 3ª, o tratamento dos dados e interpretação. Tendo como resultado a consolidação de duas unidades temáticas, assim denominadas: câncer uma doença crônica, degenerativa, sofrida e mortal e o paciente oncológico: a experiência de um novo cuidar da enfermagem. Os resultados evidenciaram o sofrimento vivenciado pelos enfermeiros ao prestar cuidado ao portador de câncer, devido a frustração da cura não alcançada. A implementação de um novo cuidar permitiu que os depoentes inserissem na sua prática assistencial um cuidado integral e humano a esta clientela.

Descritores: Oncologia; Enfermagem; Cuidado de Enfermagem.

ABSTRACT

Presented to the Graduate Program in Nursing of the Health Sciences Institute of the Federal University of Pará, Master's Degree in Nursing of the UFPa as part of the requisites required to obtain the Master's Degree in Nursing. This research aims to study the social representation of nurses on cancer and its implications for the nursing care provided to cancer patients. Interest in this subject appeared when I began to perceive the change in the profile of patients hospitalized at the hospital where they worked, from acute patients (leptospirosis, rabies, bacterial and viral meningitis, among others) to chronic diseases, specifically cancer. Cancer is a disease that first affects the cognitive level of the individual, who after the process of assimilation, comes to understand and fear. For this reason it accepts the treatment, which also implies suffering (mutilating surgeries, radiotherapy and chemotherapy). But when the manifestations of the disease materialize in the patient's body, his previous biotype is altered which translates into signs and symptoms, such as: severe weight loss, loss of muscle strength and others. The disease, now visualized by others, leaves the psychological sphere passing, also, to the sociological one - it becomes a psychosocial disease. Regarding the professional's view, cultural dimensions imply the understanding that cancer is a terminal illness, that is, when the individual is affected by the pathology, however great the dedication of the health team to death is inevitable. I emphasize that this reality is grounded not because cancer is a terminal disease, but because of the existence of a strong bureaucracy present in health services. It is worth mentioning that in the state of Pará, this problem is more pronounced due to the large size of the territory, which makes it difficult for patients to access health services. Cancer is a disease that is widely exploited by many types of research, including those of a psychosocial nature. But I would like to point out that the discussion about the social representations of nurses about cancer is of fundamental importance for a rethinking of nursing about the care given to a patient with a chronic and almost always terminal illness. Based on this understanding, I formulated the following objectives: characterize the social representation of nurses on cancer and analyze the implications of this social representation for the nursing care provided to cancer patients. The study is descriptive-exploratory, with a qualitative approach and theoretical contribution of the concepts of Theory of Social Representations. The work is based on primary sources: statements of nineteen nurses and a nurse, produced from a semi-structured interview and the technique of free association of ideas. I first opted for the application of the technique of free association of ideas, as a way to deepen the themes that emerged in the free association of ideas, I used the semi-guided interview as a second technique. The information was worked through the thematic analysis, which allows to know a reality, through the communications of individuals who have ties with it. I sought to follow the guidance of this author who unfolds this type of analysis in three stages: the first is the pre-analysis, which consisted in the selection and organization of the material, with the realization of floating reading and the constitution of the corpus; The second the exploitation of the material and the third, the data treatment and interpretation. As a result of the consolidation of two thematic units, so-called: cancer a chronic, degenerative, suffering and deadly disease and cancer patient: the experience of a new nursing care. The results evidenced the suffering experienced by the nurses in providing care to the cancer patient due to the frustration of the unreached cure. The implementation of a new care allowed the deponents to insert in their care practice an integral and humane care to this clientele

Descriptors: Oncology; Nursing; Nursing Care.

RESUMEN

Presentado al Programa de Postgrado en Enfermería del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Pará, Maestría en Enfermería de la UFPa como parte de los requisitos necesarios para obtener el título de Maestría en Enfermería. Esta investigación tiene como objeto de estudio la representación social de los enfermeros sobre cáncer y sus implicaciones para el cuidado de enfermería prestado a los pacientes oncológicos. El interés por este objeto surgió cuando empecé a percibir el cambio en el perfil de los pacientes internados en el hospital donde trabajo que pasaron de portadores de enfermedades agudas (leptospirosis, rabia, meningitis bacterianas y virales entre otras) para enfermedades crónicas, más específicamente el cáncer. El cáncer es una enfermedad que afecta primero al nivel cognitivo del individuo, que después del proceso de asimilación, pasa a comprenderlo ya temerlo. Por eso acepta el tratamiento, que también implica sufrimiento (cirugías mutiladoras, radioterapia y quimioterapia). Pero cuando las manifestaciones de la enfermedad se materializan en el cuerpo del enfermo, su biotipo anterior es alterado lo que se traduce en signos y síntomas, tales como: adelgazamiento acentuado, pérdida de la fuerza muscular y otros. La enfermedad, ahora visualizada por otros, deja el ámbito psicológico pasando, también, hacia el sociológico - se convierte en una enfermedad psicosocial. En cuanto a la visión del profesional, las dimensiones culturales imputa la comprensión de que el cáncer es una enfermedad terminal, o sea, cuando el individuo se encuentra acometido por la patología por mayor que sea la dedicación del equipo de salud la muerte es inevitable. Resalto que esta realidad encuentra fundamento no por ser el cáncer una enfermedad terminal, sino por la existencia de una fuerte burocracia presente en los servicios de salud. Cabe mencionar que en el estado de Pará, este problema está más acentuado, debido a las grandes dimensiones del territorio, que dificultan el acceso de pacientes a los servicios de salud. El cáncer es una enfermedad que se encuentra bastante explotada por diversos tipos de investigaciones, incluso las de cuño psicosocial. Pero evidenció que el desvelar sobre las representaciones sociales de enfermeros sobre el cáncer es de fundamental importancia para un repensar de la enfermería sobre el cuidado prestado a un paciente portador de una enfermedad crónica, y casi siempre terminal. A partir de este entendimiento, he formulado los siguientes objetivos: caracterizar la representación social de los enfermeros sobre el cáncer y analizar las implicaciones de esta representación social para el cuidado de enfermería prestado a los pacientes oncológicos. El estudio es del tipo descriptivo-exploratorio, con abordaje cualitativo y aporte teórico de los conceptos de la Teoría de las Representaciones Sociales. El trabajo se apoya en fuentes primarias: testimonios de diecinueve enfermeras y un enfermero, producidos a partir de una entrevista semiestructurada y de la técnica de asociación libre de ideas. Opté primero por la aplicación de la técnica de asociación libre de ideas, como forma de profundizar las temáticas que surgieron en la libre asociación de ideas, utilicé como segunda técnica la entrevista semidirigida. Las informaciones fueron trabajadas a través del análisis temático, la cual propicia conocer una realidad, por medio de las comunicaciones de individuos que tengan vínculos con la misma. En el caso de que se produzca un cambio en la calidad de vida de la población, La segunda explotación del material y la tercera, el tratamiento de los datos e interpretación. Con el resultado de la consolidación de dos unidades temáticas, así llamadas: cáncer una enfermedad crónica, degenerativa, sufrida y mortal y el paciente oncológico: la experiencia de un nuevo cuidar de la enfermería. Los resultados evidenciaron el sufrimiento vivido por los enfermeros al prestar cuidado al portador de cáncer, debido a la frustración de la curación no alcanzada. La implementación de un nuevo cuidado permitió que los responsables insertar en su práctica asistencial un cuidado integral y humano a esta clientela.

Descriptor: Oncología; Enfermería; Cuidado de Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo a idade.....	39
Tabela 2 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao sexo.....	39
Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros segundo a cor/raça por auto declaração.....	39
Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo o local de nascimento.....	40
Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo ao estado civil.	40
Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros segundo o grau de instrução.....	41
Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo situação empregatícia.....	41
Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros segundo a renda própria (RP) e/ou familiar (RF). ..	41
Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros quanto o tempo de serviço.	42
Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros segundo a faixa salarial.....	42
Tabela 11 - Distribuição dos enfermeiros segundo a religião.	43
Tabela 12 - Distribuição dos enfermeiros segundo as condições habitacionais.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INCA	- Instituto Nacional do Câncer
RS	- Representação social
TCLE	- Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFPA	- Universidade Federal do Pará

SUMÁRIO

CAPÍTULO I: CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.1 CONHECENDO O OBJETO DE ESTUDO	14
CAPITULO II: BASES CONCEITUIAIS	18
2.1 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER.....	18
2.2 EPIDEMIOLOGIAS DO CÂNCER NO BRASIL	18
2.3 FATORES PREDISPOENTES.....	19
2.4 ACESSO AOS SERVIÇOS ONCOLÓGICOS	19
2.5 TERAPÊUTICA QUIMIOTERÁPICA	20
2.6 REPERCUSSÃO DA QUIMIOTERAPIA INVASIVA E OS EFEITOS ADVERSOS.....	21
2.7 TERAPÊUTICA PALIATIVA.....	22
2.8 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ADOECIDO.....	23
2.9 A TERAPIA DA DOR E DO MEDO.....	25
2.10 O ENFERMEIRO E A REPRESENTAÇÃO DO CUIDAR.....	27
CAPITULO III: A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	29
3.1 ASPECTOS TEÓRICOS.....	29
3.2 OS SUJEITOS E O CAMPO DE PESQUISA.....	33
3.3 AS TÉCNICAS E O PERÍODO DE CAPTAÇÃO DE DADOS.....	33
3.4 A LIVRE ASSOCIAÇÃO DE PALAVRAS.....	34
3.5 AS ENTREVISTAS SEMIDIRIGIDAS	35
3.6 A OBSERVAÇÃO LIVRE	36
3.7 O PROCESSO DE ANÁLISE E CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS.....	36
3.8 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS.....	36
CAPÍTULO IV: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	38
4.1 CONHECENDO O CONTEXTO SÓCIO-CULTURAL DOS SUJEITOS DO ESTUDO: O ELO ENTRE O INDIVIDUAL E O COLETIVO.....	38
4.2 O CÂNCER E SUA REPRESENTAÇÃO SOCIAL NA ARTE DO CUIDAR/CUIDADO DE ENFERMEIROS AO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	43

4.3 O PACIENTE ONCOLÓGICO: A EXPERIÊNCIA DE UM NOVO CUIDAR DA ENFERMAGEM.....	50
CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICES	
APÊNDICE A: TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	65
APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	67
ANEXOS	
ANEXO A: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP).....	69

CAPÍTULO I: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 CONHECENDO O OBJETO DE ESTUDO

Esta pesquisa terá como objeto de estudo **a representação social dos enfermeiros sobre câncer e suas implicações para o cuidado de enfermagem prestado aos pacientes oncológicos**. O interesse por este objeto surgiu quando comecei a perceber a mudança no perfil dos pacientes internados no hospital de urgência e emergência, onde passaram de portadores de doenças agudas (leptospirose, raiva, meningites bacterianas e virais entre outras) para doenças crônicas, mais especificamente o câncer em decorrência de causas até então clinicamente desconhecidas.

As representações sociais permeiam e nos auxiliam no entendimento dos fenômenos do universo reificado dos sujeitos, ou seja, aquele construído permeado na experimentação científica e na academia, como também suas práticas cotidianas, dessa forma, as representações se aplicam a este estudo que propõe acessar os saberes dos Enfermeiros sobre o cuidado prestado (ALMEIDA, 2014).

Continuando a falar sobre a corporeidade, o câncer ocasiona alterações físicas e psicossociais, que fazem o indivíduo ser percebido como diferente para o seu grupo social através da assimilação da representação social, o que conseqüentemente altera o seu cotidiano e suas relações sociais.

Tal percepção encobre a compreensão de que o câncer é a única doença crônica plausível de cura se comparada às demais, tais como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus, porém o conhecimento relativo ao universo consensual que vincula a doença à morte, ou seja, o paciente portador desta patologia, não é detentor de uma doença, mas sim de uma sentença de morte.

Como forma de uma melhor compreensão do objeto de estudo, penso ser necessário explanar os conceitos de doença, e suas variantes: a forma aguda e a crônica, segundo o modelo cartesiano a doença pode ser compreendida como uma denominação de caráter genérico, relativa a qualquer desvio da homeostase ou estado normal, caracterizado pelo conjunto de sinais e/ou sintomas que têm uma só causa (SOUZA et al., 2000, p.126).

No tocante ao aspecto sociológico, para Adam e Herzlich (2001, p.9) “a doença é um estado que afeta o organismo de um indivíduo”. Dethlefsen e Dahlke explicitam ainda o conceito mencionado anteriormente, pois para o mesmo estar doente é evidenciado:

Quando várias funções corporais se desenvolvem em conjunto segundo uma determinada maneira, aparece um modelo que sentimos como harmonioso e que, por isso, recebe nome de saúde. Se uma função falha, ela compromete a harmonia do todo então falamos de doença. (DETHLEFSEN; DAHLKE, 2003, p.14).

O autor evidencia ainda, que está quebra da harmonia repercute na consciência, que se concretiza por meio de processos de modificações corporais – a consciência abstrata se materializa nas alterações corporais.

Quando me reporto ao câncer como uma doença que afeta primeiramente o nível cognitivo do indivíduo após o processo de assimilação, passa a compreendê-lo e a temê-lo por tal motivo aceita o tratamento aderindo ao mesmo, implicando também em sofrimento (cirurgias mutiladoras, radioterapia e quimioterapia) relativas as manifestações da doença materializadas no corpo do doente.

As representações sociais são arranjos e rearranjos sócio cognitivos e comportamentais de sujeitos e fenômenos socialmente avaliados à luz do universo dos sujeitos, dos elementos que circundam em seu meio e posição social, ocupando dessa forma uma nova relação com o objeto do estudo, que esteve representado pela ancoragem do cuidado, assim, cada profissional sofre a influência do seu meio para a construção do seu padrão de cuidado, sendo uma das condições para a produção das representações sociais o fato dos mesmos serem atores de suas próprias ações frente ao processo e representação do cuidar (FREITAS, 2015).

O biótipo corporal do cliente é alterado o que se traduz em sinais e sintomas, tais como: emagrecimento acentuado, perda da força muscular e outros, aonde a doença, agora visualizada por outros, deixa o âmbito psicológico passando, também, para o sociológico – torna-se uma doença psicossocial.

A representação social é descrita como uma modalidade de construção do conhecimento ancorada no senso comum e no cotidiano das atividades dos indivíduos, aonde analisa-se a inteiração, construção e o desempenho dos atuantes pesquisados dentro de sua atividade e vida social, mediante ao compartilhamento da narrativa de vida e seus conceitos, isto é, a teoria focaliza-se no cognitivo do sujeito do estudo, através de sua expressão perante a sociedade e a atuação do seu papel como cuidador dentro dessas relações, sendo assim, o construtor grupal desse fato (FREITAS, 2015).

A doença afeta primeiramente o indivíduo, neste momento surgem esclarecimentos sobre o seu adoecer, pautados no conhecimento científico ou saber reificado, este pensamento erudito funciona como uma base, pois a partir da elaboração assimilação desta nova forma de conhecimento, e posterior difusão com o seu grupo de pertença surge o saber do senso comum

ou conhecimento consensual.

Já no que se refere à visão do profissional, as dimensões culturais imputam a compreensão de que o câncer é uma doença terminal, ou seja, quando o indivíduo se encontra acometido pela patologia, por maior que seja a dedicação da equipe de saúde a morte é inevitável, ressaltando que esta realidade encontra fundamento não por ser o câncer uma doença terminal, mas sim por de uma forte burocracia, muito presente nos serviços de saúde, favorecer que o doente seja atendido quando a doença já se encontra em estágio avançado.

Cabe mencionar que em nosso estado, o Pará, este problema está mais acentuado, devido as grandes dimensões do nosso território, que dificultam o acesso de pacientes aos serviços de saúde, outro fator contribuinte diz respeito ao aumento de casos de câncer, e a existência de um único polo de referência que não atende unicamente a região Norte, mas também a Nordeste.

Tais representações explicam-se os conhecimentos vivenciados pelo grupo, seno as mesmas socializadas transversalmente através da linguagem entre ambos, fato tal que admitiu que os próprios sujeitos propagassem suas noções e experiências de vida sobre a construção e ancoragem do cuidado dentro das relações de trabalho, guiando assim a forma de expressar suas representações sobre o seu papel na construção do cuidado (SILVA, 2016).

Através das representações sociais é possível explicar como os enfermeiros se vêm frente ao processo complexo do cuidar, produzem e guiam suas ações sobre sua ancoragem como ator do cuidar, vivenciado por esses grupos sociais em seu ambiente de trabalho, notam-se que o saber social encontrado no cotidiano e no cuidado, não é uma evolução do saber leigo ao científico, como se houvesse uma mais valia entre os mesmos, e sim um palco intercedido pela linguagem e experiência, onde eles convivem, autorizando o agrupamento de conhecimentos e exercícios que ancoram o costume de lidar com o noticioso em sua coletividade, neste caso, o cuidado no ambiente de trabalho (FREITAS, 2015).

O câncer é uma doença que se encontra bastante explorada por diversos tipos de pesquisas, inclusive as de cunho psicossocial, mas evidencio que o desvelar sobre as representações sociais de enfermeiros sobre o câncer é de fundamental importância para um repensar da enfermagem sobre o cuidado prestado a um paciente portador de uma doença crônica, e quase sempre terminal.

A partir deste entendimento, formulei as seguintes questões para nortear o futuro estudo:

- Qual a representação social dos enfermeiros sobre o câncer?
- Quais as implicações desta representação social para o cuidado de enfermagem

prestado aos pacientes oncológicos?

Para responder a essas questões tracei os seguintes objetivos:

- Caracterizar a representação social dos enfermeiros sobre o câncer;
- Analisar as implicações desta representação social para o cuidado de enfermagem prestado aos pacientes oncológicos.

A pesquisa em sua justificativa evidenciará uma doença psicossocial que é o câncer, em que o cuidado de enfermagem se faz necessária à assistência global ao paciente oncológico, pois segundo Lima (2002) a área da oncologia, configura-se um campo propício para aplicação de uma prática de cuidado humano.

A carência do cuidado foi encontrada em inúmeros artigos, sendo este descrito como substituído por uma assistência feita por intervenções técnicas e aplicação de protocolos voltados diretamente para a doença e não para o doente, sob esta visão a pesquisa apontará a relevância de se considerar o universo reificado e representacional do enfermeiro como forma de reavaliar o cuidado que é oferecido ao paciente portador desta doença estigmatizante (LIMA, 2002).

Entendemos que dentro do organismo das representações sociais do cuidado, o enfermeiro possui experiências que são ancoradas no senso científico ou universo reificado, porém, ancorado ao cuidado temos o cotidiano, histórias de vida e o senso comum ou universo consensual fazendo parte do cuidado desses enfermeiros, sendo assim através das representações sociais o enfermeiro transfigura ao cuidado, permeando assim que o cuidado constrói-se dentro da ciência e ancorado nas experiências de vida (SILVA et al., 2013).

O estudo contribuirá para Instituição em que será realizado, pelo fato da mesma se tornar referência na região, em questão, para o tratamento de câncer, devido tratar-se de uma pesquisa exploratória, favorecerá um delineamento sobre a prática do cuidar de enfermagem ao paciente oncológico, propiciando a elaboração de estratégias que favoreçam a adequação da assistência de enfermagem a esta nova realidade que está por se formar.

Já no que se refere à pesquisa, pretendo contribuir com o adcionamento de conhecimentos ao Núcleo de Pesquisa da Universidade Federal do Pará, favorecendo assim uma reflexão e discussão sobre a prática de cuidados de enfermagem para pacientes oncológicos.

CAPITULO II: BASES CONCEITUAIS

2.1 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER

Para o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, o controle dos casos registrados e diagnosticados como neoplasias são muitas das vezes atrelados a fatores, genéticos, hereditários e em situações socioeconômicas aonde há a direta desigualdade regional, observando a diferença no acesso ao tratamento ser significativa nas diferentes regiões, fazendo com que seja a segunda causa de mortes no país (BRASIL, 2014).

2.2 EPIDEMIOLOGIAS DO CÂNCER NO BRASIL

Quando pensamos que o câncer cresce, avaliamos os índices que afirmam cerca de 12,4 milhões de pessoas adquirem a doença todos os anos e 7,6 milhões morem por alguma intervenção relacionada à neoplasia no mundo. No Brasil, analisa-se que o ano de 2014 exatamente 518.510 novos casos serão contabilizados reincidindo dessa forma as nossas atenções a essa problemática (BRASIL, 2014).

Se notarmos os quadros epidemiológicos, iremos nos deparar com números cada vez maiores relacionados a neoplasias malignas, chegando à conclusão mundial que os diagnósticos de câncer estão aumentando em todo o mundo, cerca de 12,4 milhões de pessoas adquirem a doença todos os anos e 7,6 milhões morrem todos os anos no mundo, com uma incidência prevista de 15 milhões de casos até o ano de 2015 (BRASIL, 2014).

No Brasil revela que os cânceres mais incidentes para mulheres serão os de mama com risco estimado de 49 casos a cada cem mil mulheres, enquanto que para os homens, serão os de próstata, com risco estimando de 54 casos para cada cem mil homens. Quando associados ambos os sexos, o segundo tipo de câncer mais incidente será o de cólon e reto, com cerca de 14 casos para homens e 15 para mulheres, considerando a proporção para cada cem mil habitantes. Segundo uma publicação feita pelo INCA (BRASIL, 2014).

2.3 FATORES PREDISPONENTES

Entendendo que a prevenção está atrelada a um padrão e/ou estilo de vida alimentar, porém, o consumo excessivo de alimentos gordurosos, calóricos, industrializados pobre em vegetais, somado a uma vida sedentária e ingestão de bebida alcoólica, atrelado ao tabagismo, esses índices alavancam para 80% a 90% das mortes por neoplasias pulmonares, boca, faringe, laringe, esôfago, pâncreas, fígado, rim, ureter e bexiga (FIGUEIREDO et al., 2014).

Pesquisas apontam que um dos fatores predisponentes ao câncer ser aquele que está atingindo a saúde da população são fatores devidos à exposição irradiação de agentes cancerígenos expostos no meio ambiente, muitas das vezes expostos no solo carregando assim partículas pré-cancerígenas em nossos alimentos, levando assim o aumento desses fatores em nossa alimentação (ANDRADE, 2013).

Como fatores associados temos a exposição solar, aonde as radiações ionizantes e não ionizantes como responsáveis pelo desenvolvimento de câncer de pele e melanomas, sendo um risco de 61 novos casos para cada 100 mil indivíduos, aonde a proteção solar atrelado a educação em saúde medida barata e eficaz de proteção (FIGUEIREDO et al., 2014).

Quando observamos alguns dos problemas de morbidade dentro do quadro clínico negativo, podemos observar a prevalência da sepse, aonde o choque séptico é uma das principais causas de mortalidade em pacientes com câncer e o principal motivo de indicação de terapia intensiva esbarrando em outro ponto, até aonde a oncologia intensiva está preparada para receber pacientes com câncer (MACPHERSON et al., 2013).

Na maioria das vezes, apenas a febre aparece como sinal de infecção, sendo considerados assuntos de emergência oncológica, aonde a maiorias das vezes os impasses definem um tratamento tão agressivo, como a quimioterapia, traz sofrimento físico, psíquico e até social, assim surge à necessidade de buscar melhorias a qualidade de vida dos pacientes dentro da clínica oncológica, como fator imprescindível para alcançar as necessidades dentro de um projeto terapêutico (CRUZ; FERREIRA; REIS, 2014).

2.4 ACESSO AOS SERVIÇOS ONCOLÓGICOS

Quando pensamos em acesso aos serviços de saúde, temos em vista que o plano faz parte de um dos elementos essenciais na assistência ao câncer, pois isso, as barreiras geográficas, tornam-se problemas de saúde, pois, o Brasil é extenso e com grande diversidade

e “o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer é insuficiente porque está centralizado nas capitais ou nos estados economicamente mais desenvolvidos” (TEIXEIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2012).

Em muitos casos a falta do conhecimento real dos pacientes é o fator que mais interfere na sobrevida e cura da doença, por isso, estuda-se a necessidade de uma relação discursiva maior com os pacientes no intuito de poder discutir melhor o prognóstico e passividade de cura, dessa forma convidando o paciente a conhecer melhor sobre seu corpo, e as intervenções que a ele serão tomadas (ZILLMER, 2012).

Relacionado a quimioterapia, um dos estigmas da equipe é quando acontece o período de neutropenia nos pacientes, acarretando uma perda significativa no sistema imunológico do paciente, aonde os granulócitos diminuem as reações inflamatórias, e os sinais e sintomas clássicos podem ser mascarados e retardados, dificultando o diagnóstico precoce, assim sendo a responsável por muitas das vezes pela suspensão da terapia (MENDE et al., 2013).

Há a necessidade de discutir junto a família a melhor terapêutica, além dos riscos e complexidade do tratamento, por isso, muitos acreditam que lidar com os pacientes pode ser uma tarefa difícil e há vários motivos que os profissionais não podem discutir o prognóstico, muitos possuem o medo de que eles vão aumentar o sofrimento do paciente, pela inexperiência dentro da academia na relação do comunicar com os seus pacientes (SOUZA; GOMES, 2012).

Sempre há a preocupação da equipe em causar alguma depressão ao paciente e o mesmo vir a perder a esperança de cura e sobrevida, dessa forma muitos oncologistas preferem usar a política do silêncio no advento de investir no psicológico e na cura, porém, ferindo o direito do paciente de estar ciente de sua condição patológica (LENNES et al., 2012).

2.5 TERAPÊUTICA QUIMIOTERÁPICA

Quando o câncer está instalado podemos recorrer a várias terapêuticas, como quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormônio terapia e imunoterapia, que dependendo de seu ativo farmacológico e sua farmacodinâmica, podem ser feitas em conjunto o que chamamos dentro dos protocolos de combinados (SOUZA; GOMES, 2012).

Ao pensarmos em cuidados ao paciente oncológico, pensamos logo em quimioterapia e seus respectivos indícios como a dor, sendo dessa forma o tratamento de suporte necessário à sobrevida dos mesmos, e assim deve-se ocorrer por meio do uso de medidas farmacológicas e

não farmacológicas do alívio da dor com uma abordagem integral para a resolução dos mesmos problemas confrontados pelos pacientes (WENGSTRÖM, 2014).

Uma das mais aceitas e indicadas para o tratamento continua sendo a quimioterapia, pois, o procedimento tal é relativizado a um tipo de terapêutica que usa drogas isoladas ou combinadas, com o resultado do alvo em agir no processo de divisão celular, diretamente na divisão do material genético, ou seja, interferindo no crescimento de novas células cancerígenas e mesmo combatendo a síntese de novas células mutantes, com isso essas drogas quimioterápicas classificam em: agentes alquilantes, antimetabólitos, antibióticos antitumorais, plantas alcalóides, agentes múltiplos, hormonais e antagonistas hormonais (VASCONCELOS, 2014).

Dentro da propedêutica pautada a busca pela cura e tratamento do câncer, observamos que a quimioterapia está entre as mais adotadas dentro dos protocolos, pois, além das variedades de quimioterápicos como neoadjuvante, curativo, adjuvante e paliativo, podendo assim usar o que melhor for relacionado à patologia, quadro clínico, fisiologia e superfície corporal do paciente (ALAM, 2012).

A poliquimioterapia vem cada vez mais sendo utilizadas dentro dos protocolos de infusões dentro das clínicas e centros especializados no tratamento antineoplásico, aonde se usa vários agentes citostáticos em combinação com o alvo de aniquilar ou contribuir no estadiamento do câncer, também a exposição de tais células a essa terapia diminuiu a resistência tumoral contribuindo para o ônus do tratamento (BONASSA et al., 2012).

Sendo assim a quimioterapia associada a dor da descoberta do câncer, se observarmos pacientes sem sintomas aparentes, encontrará o relato de que os mesmos possuem de certa forma um impacto benéfico sobre a sua sobrevivência assim como melhoria da qualidade da mesma quando comparada à tarde detecção sintomática, indicando que acompanhamento hospitalar normal assim relacionada à dor (CAMPBELL et al., 2012).

2.6 REPERCUSSÃO DA QUIMIOTERAPIA INVASIVA E OS EFEITOS ADVERSOS

Todos os efeitos da quimioterapia antineoplásica provem de uma atuação não seletiva dos fármacos, ou mesmo pelo desconhecimento dos protocolos de administração e mesmo pela pouca relação entre equipe e paciente assim permitindo que o mesmo desconheça os plenos cuidados após o uso prolongado desses fármacos originais da quimioterapia, ou seja, agindo nas células saudáveis e ao mesmo tempo o alvo das cancerígenas, com isso

ocasionasse náuseas, vômitos, diarreia, mielossupressão, alopecia, perda de apetite e mucosite (TEIXEIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2012).

Ao estudarmos os impasses em tratamento oncológico, observamos os pacientes que convivem frequentemente com os sintomas decorrentes da própria doença, relacionados à suas perdas, conquistas dentro e também com os efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, dentro do prognóstico vivenciado com mais frequência dos sintomas relativos à toxicidade das drogas, podendo variar de acordo com as características individuais de cada paciente (SILVA, 2013).

A terapêutica quimioterápica é uma modalidade de tratamento sistêmica nos quais os agentes antineoplásicos são tóxicos a qualquer tecido de rápida proliferação, normal ou canceroso, caracterizado por uma alta atividade mitótica e ciclo celular curto e, com isso, tem como implicação o aparecimento de efeitos colaterais, o que rapidamente sentido pelo paciente (TEIXEIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2012).

Quando avaliamos os possíveis resultados da interação entre perdas e ganhos dentro da terapia, observamos uma melhor forma de adaptar esse paciente ao tratamento, essas toxicidades podem levar o paciente a suspender ou até mesmo se recusar a continuar, em consequência disso há um grande dano a sua qualidade de vida, assim como a perda da sensibilidade a certos fármacos, comprometendo a eficácia do seu tratamento (CRUZ; FERREIRA; REIS, 2014).

Verificamos que pacientes com câncer, muitos deles acabam por aceitar terapias tóxicas relacionadas à quimioterapia com o intuito de melhorar sua sobrevivência e assim trazer melhoras a sua vida biológica, social e familiar, por isso uma melhor compreensão de pontos de vista dos pacientes em quimioterapia paliativa ajudaria a facilitar a tomada de decisão compartilhada de tais situações difíceis de tratamento (TEIXEIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2012).

2.7 TERAPÊUTICA PALIATIVA

Quando não há mais possibilidade de cura temos a terapia paliativa, a quimioterapia não influencia a sobrevivência da pessoa, pois quando usamos esse critério de tratamento o paciente não possui o prognóstico de sobrevivência, então usamos a terapêutica para melhorar o seu padrão de vida, diminuindo dores etc., sendo essa utilizada para reduzir o tumor, aliviar os sintomas, melhorando a qualidade de vida da pessoa doente, além de relacionados ao tratamento e

acompanhamento psicológico (CAMPBELL et al., 2012).

Muitos dos objetivos, dentro de um tratamento quimioterápico, estão destinados à condição paliativa, pois dessa forma aniquilando o crescimento do câncer sem se livrar dele completamente, a equipe a fim de prolongar a vida ou mesmo melhorar o padrão de vida e sobrevida de paciente, assim, muitos dos pacientes acabam, por motivos de desconhecimento ou até mesmo de falta de cognição e vínculo com a equipe que o cuida (ZILLMER, 2012).

Não compreender o sentido do tratamento destinado a quimioterapia é um dos problemas relevantes a não adesão ao tratamento, pois, acredita-se que está relacionada diretamente a cura da sua doença, sendo assim por menores, acreditar somente que a quimioterapia estava tratando-os para a cura quando o seu médico afirma que a intensão do tratamento era apenas paliativa e não curativa, ou seja, o tratamento seria apenas para melhorar o seu padrão de vida e não alcançar a sobrevida e cura (MENDE et al., 2013).

Quando estudamos sobre as toxicidades gastrintestinais decorrentes da quimioterapia antineoplásica, observamos que talvez os mais desagradáveis relatos não se refiram à queda de cabelo, mas sim a fadiga excessiva, portanto, náuseas e vômitos são os sinais e sintomas mais incidentes que podem durar até alguns dias após a quimioterapia, por isso a necessidade de explicar todos os estímulos que a droga desempenha no organismo dos pacientes (SILVA, 2013).

Tendo a necessidade de cuidados e terapêuticas que venham a confortar os pacientes, pois os mesmos são confrontados com doenças incuráveis, dentro do conhecimento popular, associando a doença ao medo, castigo espiritual, que muitas das vezes se torna castigante ao corpo, aonde o câncer diretamente o força a procurar por dolorosas terapias paliativas, sem a menor chance de cura e sobrevida (MENDE et al., 2013).

2.8 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ADOECIDO

A representação social constitui na construção do processo de ancoragens de valores e sentimentos sintetizados na história de vida, cotidiano e experiência desses enfermeiros na figura de cuidador, indo além, este processo perpetrou com que os enfermeiros assumissem a identidade principal do cuidado, para que buscasse nesse ponto um auxílio ante de tanta dor e sofrimento vivenciado pelos pacientes, por meio da esperança no cuidado, acreditando assim na ancoragem da palavra cuidar (VASCONCELOS et al., 2014).

Ao estudar o processo de adoecer, entendemos que o corpo todo se transforma

abrigando a figura da neoplasia como um caranguejo, corroendo aos poucos sem mostrar-se o real risco, aonde a partir do momento que o adoecido descobre sobre o diagnóstico, o mesmo se sente indiferente frente à sua disposição, evasivo e distante, dessa forma encarando o adoecer como comprometimento da sua própria liberdade (FIGUEIREDO et al., 2014).

Essas RS configuram-se através de uma relação de conhecimento do convívio social de forma sofisticada e compartilhada para uma elaboração bem prática de uma realidade comum do meio social. As várias culturas, o modo de pensar de forma diferente, fazem com que a sociedade passe a ter como principal conhecimento o senso comum, havendo uma espécie de conflito com o conhecimento científico, ou seja, uma sociedade altamente confortada com um conhecimento que todos têm de forma homogênea e coloca em cheque, quando confrontado com a ciência, já que esse pensamento consensual vem ultrapassando as barreiras históricas da sociedade (SILVA et al., 2012).

Ao observar os estudos recentes, percebemos que as TRS abolem por sua vez articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais, integrando-os, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação e elas acabam por se desenvolver na psicologia social de Moscovici (SOUZA; GOMES, 2012).

A inversão ocorre na medida em que a socialização do conhecimento insinua a reelaboração das representações de um grupo social específico e restrito, de tal modo, o ato de representar implica construir uma doutrina que facilita a tarefa de decifrar, predizer ou antecipar os atos de um indivíduo ou de um grupo específico (SOUZA; GOMES, 2012).

O câncer configura-se como fenômenos complexos relacionados a problemas patológico, social e familiar, mas uma junção de sentimentos de dor, perda, incapacidade e insegurança, sentimentos cheios de significados, com isso, considera-se uma enfermidade simbólica fisiológica e social, já que traz significados como desordem, catástrofe, castigo, relacionado à fatalidade e perda (ZILLMER et al., 2012).

Apesar de que haja aspectos semelhantes no viver relativo ao padecer com a neoplasia, cada indivíduo tem táticas próprias para lidar com a doença, devido aos seus valores, crenças e forma de ver o mundo, o câncer é uma palavra causadora de uma grande controversa em nossa sociedade, atrelada a morte e medo, pois como doença crônica, é uma das mais receadas pelos indivíduos e família (MENDE et al., 2013).

Ao estudarmos sobre o câncer e suas facetas, observamos um ponto pouco discutido, aquele a qual se refere à dor, relação essa responsável pelo desconforto, pelo abandono e pela fragilidade psicológica, pois esses impactos são bem conhecidos por afetar profundamente a vida diária do paciente e interferir com a qualidade de vida e relação direta com a família e

sociedade (ANDRADE, 2013).

Encontrados dentro do tratamento quimioterápico resultados como sendo forma criada para discussões mais detalhadas sobre os benefícios de sobrevivência, e se as mesmas são necessárias antes da terapia, assim como explicar os ganhos e perdas dentro da terapia quimioterápica, por isso há a necessidade do profissional atentar aos sinais que o próprio corpo emite (WENGSTRÖM et al., 2013).

A ação dos fármacos quimioterápicos tem influências traumáticas no doente e em seus familiares, que, ao se depararem com a doença e sua dura realidade, são acometidos por diversos tipos de sentimentos, entre eles o de medo, de solidão, de autopunição e de insegurança. O câncer gera desequilíbrios que vão além do aspecto corporal do doente, exigindo reorganização em diferentes dimensões da vida da família (SOUSA et al., 2012).

2.9 A TERAPIA DA DOR E DO MEDO

Sendo que, vivenciar a doença torna-se um evento social expressivo que desencadeia modificações no âmbito das relações da pessoa e no cotidiano da família e sociedade, dessa forma os resultados da neoplasia dentro do corpo do paciente difícil de lidar e entender com as suas repercussões tanto para adoecido, família e equipe, principalmente quando não há sucesso na terapêutica (FIGUEIREDO et al., 2014).

Referente à dor existem vários subfatores que interferem diretamente no resultado final do tratamento, podem afetar a condição nutricional, o equilíbrio hidroeletrólítico e a qualidade de vida do paciente, se observarmos que todos esses estímulos somados as técnicas endovenosas e os resultados fisiológicos do câncer, por sua vez acabam que aumentando ansiedade e estresse levando à depressão psicológica, resultando no atraso ou até abandono do tratamento (SILVA, 2013).

Quando falamos do senso comum, história de vida e cotidiano, nos atrelamos ao universo consensual do enfermeiro na figura de cuidador técnico-científico, assim como descrever os significados, costumes, valores e credos pertencentes ao seu contexto social, dessa forma, o tipo de técnica não impede o pesquisador de exercitar a lógica relacionada ao empirismo científico, desde que abertamente a mesma seja bem definida (ARAÚJO, 2012).

As RS têm como função: orientação da comunicação e conduta, essa como função social; proteção da identidade social, identificada como função afetiva; e a familiarização com o novo, esse último como função cognitiva. A função citada por último tem uma íntima

relação com dois processos fundamentais que são: a ancoragem e a objetivação, ou seja, a naturalidade na formação que uma figura reproduz um determinado conceito trazendo para realidade (SILVA et al., 2012).

Dentro do processo de construção da representação cuidado entre as representações de morte e morrer, a ancoragem é dolosa pela pertinência do significado pessoal dos enfermeiros, seja ele de maior ou menor intensidade, assim, notamos que o enfermeiro é um ser social inserido nas malhas das relações sociais, atuando, discorrendo e experimentando como um ser afetivo que possui como processo fisiológico o viver e morrer bem definido durante a sua história de vida ou senso comum (FREITAS, 2015).

Neoplasias malignas estão associados com as mais altas taxas de sofrimento psicológico, como a depressão, por isso através da prática em saúde, os resultados do conhecimento que a população atrela os resultados psicopatológicos mais conhecidos por estar positivamente correlacionada com a desesperança dentro do tratamento, desespero frente a dificuldade de prognóstico de sobrevida e cura compatíveis com morbidade psicológica (SOUZA, 2015).

Uma das enfermidades de elevada incidência, atualmente, são as neoplasias, as quais ocorrem devido transformações celulares, ou seja, mutação celular que comprometem de forma crônica: tecidos, órgãos ou, na maioria das vezes, o sistema orgânico por completo. Geram efeitos biológicos, mas também, grandes repercussões psicológicas, por serem estigmatizante e embutidas de significados sociais de preconceito e, de por vezes de reclusão (ANDRADE, 2013).

Em observação ao tratamento e qualidade de vida do paciente, o diagnóstico de câncer “pode desencadear reações de ajustamento ou ser gatilhos de quadros afetivos”, ou seja, pessoas que não estejam plenamente preparadas para receber o diagnóstico fechado de câncer ou mesmo aquelas que desconhecem o verdadeiro quadro de sobrevida atrelado ao medo, dor e morte podem relativamente comprometer o tratamento quimioterápico (WENGSTRÖM et al., 2014).

De acordo com um vasto arcabouço de conhecimentos, os dados neles obtidos demonstram que os tipos de câncer com mau prognóstico são fatais ao paciente aonde o tratamento é bastante agressivo, não somente pelo prognóstico da doença, mas sim pelo fator psicológico ser o interferidor na adesão a propedêutica (WENGSTRÖM et al., 2014).

Muitos pacientes relatam medo relacionada a mudança corporal, dependência do tratamento antineoplásico, e muitas das vezes tendo a necessidade de atendimento psicológico, dessa forma, podendo gerar ou agravar ocasiões de risco pré-existentes para

depressão, ansiedades ou psicoses, assim também somados ao sentimento de perda e abandono (SOUZA; GOMES, 2012).

2.10 O ENFERMEIRO E A REPRESENTAÇÃO DO CUIDAR

Quando estudamos o papel do enfermeiro na ação dos cuidados segundo a visão de sua clientela, observamos os mesmos como prestadores de cuidados referentes aos seus medos, estigmas que assolam os seus “saberes” e suas representações em torno de uma rotina de tratamento que mutila a imagem de corpo, corroem suas relações e modificam o seu dia-a-dia (SOUZA; GOMES, 2012).

Assistindo o processo de cura e cuidado, percebemos uma fase crítica do tratamento quimioterápico que é quando relacionada à quimioterapia e o preparo da equipe para desempenhar tais atividades, muita das vezes ao desconhecimento perante os protocolos de administração das drogas e até mesmo em casos sobre a interação medicamentosa entre drogas de mesma linha acarreta problemas de não adesão ao tratamento de forma fidedigna (ALAM, 2012).

O discurso tradicional do cuidado observado através do olhar do fenômeno das representações sociais, abrevia-se em resgatar o processo de cuidar, e a construção da ancoragem do cuidado, aonde o enfermeiro exprime suas experiências através do senso comum, sua formalização da academia e o domínio da ciência ou universo reificado (SILVA, 2016).

O processo de adoecimento não se caracteriza apenas em um acontecimento individual, pois abrange não só a dimensão corporal, mas também as relações familiares e sociais, dessa forma o enfermeiro frente aos enfrentamentos das intervenções do câncer, tem o papel de auxiliar a família de forma somática através da representação do cuidar (SOUZA; GOMES, 2012).

Observamos através do novo ambiente encontramos um novo organismo do cuidado, aonde temos a contorno da família nessa novidade dentro da ancoragem de cuidar, por mais que desconheçam a realidade da doença pois sua fundação está no senso comum ou universo consensual, formalizando o seu papel através do senso comum, dessa forma, o formato do cuidador-familiar é predito como sendo a obrigação da construção relação família, profissional e familiar frente ao cuidado (ALTHOFF; ELSEN; LAURINDO, 1997; ARAÚJO, 2012).

Entendemos assim que o cuidado em enfermagem vai além de apenas infundir e conhecer os protocolos quimioterápicos, pois, essa atenção é desenvolvida em duas dimensões, a primeira relativa ao cuidado objetivo, relativos aos procedimentos datados pela profissão dentro de sua técnica, e a segunda partindo do âmbito subjetivo dentro da sensibilidade do cuidar, indo além, trazendo bem-estar bio-psíquico social e espiritual ao adoecido e sua família (FIGUEIREDO et al., 2014).

CAPITULO III: A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 ASPECTOS TEÓRICOS

Este estudo será exploratório, do tipo descritivo adotando uma abordagem qualitativa, utilizando os aspectos conceituais da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici, sendo essa uma pesquisa exploratória, segundo Leopardi (2002) permite ter uma noção sobre um determinado problema, a mesma favorece a apreensão da realidade investigada, o que permitirá ao investigador aumentar sua experiência em torno do objeto de estudo pesquisado.

Neste estudo, pode-se inferir e identificar como os trabalhadores representaram a relação do cuidado no trabalho através de suas representações e convívio social, contribuindo absolutamente para que o enfermeiro desempenhe suas intervenções de cuidado, pautado no seu conhecimento reificado porem associado ao universo consensual dos pacientes, pautados na historia de vida e no cotidiano do mesmo, aonde a partir desse ponto, as representações sociais consentem que o profissional adentre no universo consensual dos pacientes através do cotidiano dos mesmos, assim, o centro das extensões socioculturais que creditam serem suas condutas ancoradas no mundo real (SILVA et al., 2013).

Já a pesquisa descritiva, tem como objetivo a descrição narrativa de uma realidade, ou seja, este tipo de estudo está interessado em descobrir e observar um fenômeno, descrevendo, classificando e interpretando o mesmo. Por fim, pretende-se conhecer os processos que se realizam e constituem o problema investigado (RUDIO, 2001).

A abordagem qualitativa foi por nos requerida por opção em investigar o objeto de estudo, por meio da apreensão do universo subjetivo de um determinado grupo de indivíduos, além do fato de acreditar na indissociabilidade entre mundo real e o sujeito, como forma de tornar mais claro o mencionado, ressalto que esta modalidade de estudo tem como “fundamento uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito” (CHIZZOTTI, 2003).

No que se refere aos conceitos da Teoria das Representações Sociais mencionado no objeto de estudo, optei pela mesma, devido acreditar que o indivíduo é detentor de uma forma de conhecimento próprio, que compartilha com o seu grupo de pertença, isto é, o sujeito é portador de uma história pessoal, que é caracterizada por determinantes culturais e sociais (LIMA, 2002).

A vertente seguida será a psicossociologia da Escola Francesa, que tem como seu criador Serge Moscovici, e repercussora Denise Jodelet, assim como colaboradores discutem a Teoria da Representação Social foi criada na década de 60 pelo psicólogo Serge Moscovici, por meio de sua obra *“A representação social da psicanálise”*, o referido autor elaborou esta teoria a partir dos conceitos de representação coletiva de Émile Durkheim (SÁ, 1995).

Para Moscovici (1978) o fenômeno das representações sociais são formas de conhecimentos práticos que favorece a elaboração de comportamentos e comunicações entre indivíduos de um determinado grupo, orientando-os na condução de suas vidas no cotidiano.

A Teoria das Representações Coletivas foi criada por Durkheim como um esforço de estabelecer a sociologia como uma ciência autônoma, sendo defendida pelo mesmo uma dicotomia entre as representações individuais e coletivas, ficando as primeiras alicerçadas ao campo da psicologia e as últimas como objeto de estudo restrito a sociologia (DUVEEN, 2003).

As representações coletivas são vistas como herança, devido o teórico Serge Moscovici, como já dito, basear-se nas mesmas para elaboração de uma nova teoria, que é contrária as representações coletivas mencionadas por Durkheim. Pois a Teoria das Representações Sociais tem como premissa, que um determinado fenômeno quando inserido no cotidiano, torna-se social sendo, também, considerado psicológico, pois é explicado pelo indivíduo que está inserido neste cotidiano (DUVEEN, 2003).

Isto é, para Moscovici este novo fenômeno não é exclusivamente sociológico, nem unicamente psicológico; é sim um objeto psicossociológico, para o referido autor não existe a dicotomia entre o meio social e o psicológico referenciado por Durkheim. Moscovici (2003, p.44) evidencia o ponto de vista de Durkheim, quando nos relata que:

As representações coletivas abrangiam uma cadeia completa de formas intelectuais que incluíam ciência, religião, mito, modalidades de tempo e espaço, etc. De fato, qualquer tipo de ideia, emoção ou crença, que ocorresse dentro de uma comunidade, estava incluído. Isso representa um problema sério, pois pelo fato de se querer incluir demais, inclui-se muito pouco: querer compreender tudo é perder tudo.

O autor esclarece que devido Durkheim seguir a tradição aristotélica e kantiana, estas concepções o fizeram conceber um caráter bastante estática as representações coletivas, sendo assim as “representações, em sua teoria, são como o adensamento da neblina, ou, em outras palavras, elas agem como suporte para muitas palavras ou ideias – como as camadas de um ar estagnado na atmosfera da sociedade” (MOSCOVICI, 2003, p.47).

As representações Durkheimiana são estáticas, por não sofrerem influência dos grupos

sociais, aonde por discordar deste caráter estático do meio social, defendido pelas representações coletivas, e por perceber a influência da interação dos indivíduos no meio em que vivem, passou a concebê-las “como estruturas dinâmicas, operando em um conjunto de relações e de comportamento que surgem e desaparecem, junto com as representações, para ele o dinamismo presente em nossa sociedade contemporânea, evidencia a característica móvel e circulante – a plasticidade das representações, não coletivas, mas sim sociais (MOSCOVICI, 2003, p.47).

As representações sociais favorecem ao indivíduo a inserção no seu cognitivo de um fenômeno social não familiar, que por ser desconhecido gera medo e ansiedade. Por tal motivo, é necessário a sua assimilação, para que possa se tornar familiar. Isto se faz quando se apresenta uma nova forma de conhecimento reificado, que a partir de sua apresentação a um determinado grupo social é reelaborado, tornando-se uma nova forma de conhecimento denominado de consensual, pois surgiu a partir do consenso entre os membros de um determinado grupo social (MOSCOVICI, 2003, p.47).

Jodelet (2001) evidencia que esta nova forma de conhecimento, também recebe o nome de saber do senso comum, o saber ingênuo ou natural. Esta nova modalidade de saber difere do conhecimento erudito, do saber reificado. Porém, é tido como objeto de estudo igualmente legítimo, por ter relevância para a vida social e esclarecimento que favorece os processos cognitivos e das interações sociais.

Uma representação é construída por meio da aplicação de dois processos: a objetivação e a ancoragem. O primeiro consiste no de ato de transformar um conceito abstrato em algo concreto, já a ancoragem é a inclusão de um objeto novo no repertório cognitivo do indivíduo, por meio da ancoragem desta nova forma de conhecimento a um pré-existente. A partir deste momento o não familiar, torna-se familiar (MOSCOVICI, 2003). Existem determinadas situações em que ocorre somente a objetivação, não surgindo a ancoragem, ou seja, o fenômeno social torna-se concreto, porém permanece desconhecido – não familiar.

A partir do exposto, percebo a importância da aplicabilidade dos conceitos da Teoria das Representações Sociais nesta pesquisa, pois o câncer é um conceito de doença criado cultural e socialmente, que é impregnado por outros conceitos como: a dor, a morte, o sofrimento entre outros.

Estas características que identificam a patologia estão ligadas às representações velhas que, com o dinamismo do meio social, propiciam a emergência de novas representações. Mas que na sua grande maioria ainda estão impregnadas as imagens e significados que eram encontradas nas antecessoras, pois:

As representações são entidades sociais, com uma vida própria, comunicando-se entre elas, opondo-se mutuamente e mudando em harmonia com o curso da vida; esvaindo-se, apenas para emergir novamente sobre nova aparência[...] se ocorrer uma mudança em sua hierarquia, porém, ou se uma determinada imagem-idéia for ameaçada de extinção, todo o nosso universo se prejudicará. (MOSCOVICI, 2003, p.38).

Por tal motivo percebemos a importância em saber as representações sociais dos enfermeiros sobre o câncer e seu desencadeamento aos cuidados de enfermagem que prestam ao doente da referida patologia. Pois a partir da captação de suas representações poderemos conhecer como direcionam seus cuidados a essa clientela, já que possuem em seu cotidiano laboral formas de cuidar orientados a pacientes portadores de doenças agudas, e não crônicas como o câncer, que é tão carregada de estigmas, sendo visto pelo meio coletivo como uma ameaça.

Outro ponto relevante para minha opção pelos conceitos da Teoria das Representações Sociais, diz respeito a dois aspectos: primeiramente apreensão deste conhecimento é essencial para saber se a forma que o enfermeiro orienta suas intervenções ao paciente oncológico está adequada. Pois “tal conhecimento é vital para que o profissional tome decisões quanto à forma de apresentar o diagnóstico ao paciente” (SHULZE, 1995, p.268).

Já o segundo momento é que o conhecimento de suas representações sociais poderá orientá-los a repensar as suas formas de cuidar desta clientela, pois, ressalto que o referido trabalho não tem um caráter avaliatório, muito menos punitivo, mas unicamente elucidativo, pois somente desejamos conhecer as representações destes enfermeiros, como forma de nos permitir a reflexão sobre os cuidados de enfermagem que prestam ao paciente oncológico.

Concordo com Lima (2002) quando menciona que o referencial conceitual da Teoria da Representação Social permite esclarecer como se dá o processo de assimilação dos fatos que ocorrem no meio, como os mesmos se interiorizam no sujeito sendo posteriormente exteriorizadas por meio de sua comunicação e em seus comportamentos.

Contextualizando o que foi dito para este estudo, saber como o enfermeiro, compreende o câncer nos permitirá elucidar se o cuidado de enfermagem direcionado ao paciente é adequado, ou se sua doença não imputa preconceitos que os impeçam de prestar não somente um cuidado tecnicista, mas sim, um cuidado humanizado.

3.2 OS SUJEITOS E O CAMPO DE PESQUISA

Os sujeitos do estudo foram trinta (30) enfermeiros, para a seleção da amostra serão estabelecidos três critérios: ser enfermeiro, compor o quadro funcional da instituição citada anteriormente e ter prestado cuidado a um paciente oncológico.

Ressalto que estou ciente que no campo das representações sociais, indica-se uma população de pelo menos trinta sujeitos, pois somente a partir deste quantitativo pode se evidenciar que uma representação é realmente social.

Mas, atualmente, já se aceita a delimitação de dados empíricos com uma amostragem de cinquenta por cento da população preconizada, estando o percentual aqui mencionado, de acordo com os critérios estabelecidos para uma pesquisa exploratória e o alcance dos objetivos propostos.

3.3 AS TÉCNICAS E O PERÍODO DE CAPTAÇÃO DE DADOS

A captação dos dados foi realizada na própria Instituição, que servirá como campo de pesquisa, por meio de encontros previamente agendados de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, os mesmos serão realizados nos turnos diurno e noturno, as técnicas utilizadas serão: a livre associação de palavras, a entrevista semidirigida e a observação livre, sendo aplicadas na mesma sequência, sendo utilizado um questionário de avaliação sociocultural, conforme o preconizado por Lima (2002) em sua dissertação de mestrado, por percebemos que o mesmo favorece coletar dados importantes para caracterização dos sujeitos, além do fato que “a representação se sustenta em grupos socialmente construídos; logo, precisamos conhecer aspectos básicos da sua inserção sociocultural para subsidiar a discussão dos resultados” (LIMA, 2002, p.33).

No primeiro momento, explicarei os objetivos do trabalho, por meio de uma conversa informal para que se possa quebrar o distanciamento, a rigidez da aplicação de técnicas de coletas, após o mencionado, será criado um ambiente mais familiar que favorecerá a emergência de suas representações de uma forma mais espontânea.

Vale esclarecer que a coleta de dados teve início após a sua liberação pelo Comitê de Ética do Núcleo de Medicina Tropical, e após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos deste estudo, conforme preconizado pela Resolução 466/12 que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos (Anexo A).

3.4 A LIVRE ASSOCIAÇÃO DE PALAVRAS

A técnica de livre associação de palavras foram primeiramente aplicadas por Jung na sua prática clínica, este teste será empregado com o intuito de realizar um diagnóstico psicológico sobre a estrutura da personalidade de indivíduos, este teste se trata de uma técnica projetiva que é norteadada pela hipótese do conteúdo psicológico do sujeito se exteriorizar, torna-se palpável por meio da manifestação de seu comportamento, reações, evocações, escolha e criações, revelando assim o conjunto que constituem sua personalidade (COUTINHO; NÓBREGA, 2003).

No que se refere à aplicação desta técnica em pesquisas que tratam sobre representações sociais, Spink (1995) evidencia a importância desta para captação de um conteúdo rico em espontaneidade, livre de contaminação prévia por parte do pesquisador.

Coutinho e Nóbrega, (2003) mencionam que ao contrário dos ideais traçados por Jung, no campo das representações sociais os pesquisadores visam identificar as dimensões latentes nas representações sociais, através da configuração dos elementos que constituem a trama ou rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor, ainda explicitam que por ser uma técnica projetiva, os repertórios latentes pertencentes à estrutura psicológica emergem sem passar pelos filtros de censura, um material espontâneo que dificilmente surge durante entrevistas formais.

A referida técnica consiste em fornecer palavras-estímulos que estejam de acordo com o objeto de estudo da pesquisa, para que os depoentes associem a palavra ou expressões que passem pelas suas mentes, de uma forma espontânea, a partir da menção do estímulo indutor (SÁ, 1998). Estes foram selecionados de acordo com os critérios de saliência e coerência com os objetivos do estudo em questão.

Primeiramente selecionarei as palavras-estímulos, permitindo assim uma lógica sequencial semelhante ao exposto no objeto de estudo, esta técnica irá primeiramente ser aplicada como forma de impedir a contaminação do material colhido pelas etapas seguintes da captação dos dados.

Como forma de favorecer uma melhor aplicação dessa técnica realizarei, primeiramente, um treinamento com os sujeitos utilizando palavras-estímulos que não tivessem nenhuma relação com a pesquisa como forma de favorecer a compreensão sobre o procedimento de aplicação da referida técnica, tornando assim as respostas mais adequadas, neste momento também salientarei a importância de expressões ou palavras isoladas, substantivos e/ou adjetivos, sendo também esclarecida a necessidade da não utilização de frases ou relatos

verbais intelectualmente mais elaborados (COUTINHO; NOBREGA, 2003).

Outro ponto preconizado será a respeito ao tempo despendido pelo sujeito do estudo quando responderá a palavra-estímulo, pois quanto mais rápida for à resposta melhor será o resultado, uma evocação demorada, repensada favorece reflexão sobre o que será dito, contribuindo emergência de palavras mais complexas, sofisticadas, ausentes de espontaneidade o que deturpa a pesquisa.

3.5 AS ENTREVISTAS SEMIDIRIGIDAS

Ao término da aplicação do teste de livre associação de palavras, darei sequência a entrevista, que segundo Minayo (1999), sendo essa técnica fundamental para captação de dados de uma pesquisa, pois a fala que emerge a partir de sua realização é:

Reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. (MINAYO, 1999, p.109-110).

Dentre os tipos de entrevista optarei pela semi-dirigida pelo fato da mesma permitir o direcionamento pelo entrevistador, de forma flexível, pois em alguns momentos esse direcionamento pode ser assumido pelo entrevistado, sendo este revezamento é dado naturalmente como forma de propiciar uma melhor construção das ideias em exposição (TURATO, 2003). Ressalto que durante a aplicação desta técnica tomarei cuidado para conduzir e não induzir os relatos dos depoentes para os objetivos do estudo.

O roteiro da entrevista semi-dirigida será constituído pelas seguintes questões abertas: (1) Como você entende o câncer? (2) Como você entende o paciente oncológico? (3) Como você entende o cuidado de enfermagem ao paciente oncológico? (4) Qual foi a sua reação ao ter que prestar, pela primeira vez, cuidados de enfermagem a um paciente oncológico? (5) E como é agora?

Os relatos serão todos gravados em mídia, conforme autorizações prévias dos depoentes, logo após o término das entrevistas, serão realizadas as transcrições das mesmas, como forma de evitar o viés de memória, o que me permitirá uma transcrição mais fidedigna, dessa forma adotarão como critério de identificação dos depoentes do estudo o nome de flores, como forma de se fugir da impessoalidade que predomina quando se utiliza o sistema

alfanumérico, assim o emprego destes pseudônimos preservará o anonimato dessa população.

3.6 A OBSERVAÇÃO LIVRE

A observação livre será utilizada como uma técnica coadjuvante que favorecerá a descrição, em um diário de campo, dos comportamentos, expressões físicas e faciais presentes durante os relatos dos sujeitos do estudo, dessa forma estes dados serão fundamentais para enriquecer a pesquisa, subsidiando a análise dos dados (GIBBS, 2009).

3.7 O PROCESSO DE ANÁLISE E CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS

Para proceder à análise dos dados coletados no campo de pesquisa optarei em trabalhar com a técnica de análise de conteúdo temático devido propiciar desvelar os núcleos de significados que compõem uma comunicação, tornando-se evidentes por sua frequência aumentada, que favorecerá a emergência de sentidos relevantes para contextualização da realidade estudada (BARDIN, 1977).

No primeiro momento realizarei a pré-análise que consiste na organização do material coletado, para posterior aplicação da leitura flutuante, logo em seguida ocorrerá a exploração do material e o tratamento dos resultados, a partir destas etapas estabelecerei as unidades temáticas, as quais serão apresentadas e discutidas no próximo capítulo.

3.8 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

Esta pesquisa estará alancada o que é previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos que visa à proteção dos participantes (Anexo A), assim como possuindo a forma de questionários respeitando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) com base na aprovação do Comitê de Ética referente à universidade e o campo de pesquisa (Apêndice A).

Dessa forma o projeto terá como benefícios o conhecimento e a formulação de um estudo mais profundo sobre os fenômenos das percepções sociais e o benefício será de que o sujeito da pesquisa contribuirá para a formulação de um trabalho e aumento de conhecimento

por parte dos pesquisadores, haja vista que as informações que serão colhidas serão de suma importância para o conhecimento técnico dos pesquisadores. Uma vez que, os resultados gerados por ela poderão ajudar a compreender melhor as representações sociais acerca do tratamento quimioterápico. Em relação aos riscos, tendo a possibilidade da quebra do anonimato, pois, dentre os riscos assumidos, será o risco mínimo de possível quebra de sigilo, entretanto, o pesquisador compromete-se em guardar todas as informações sigilosas.

CAPÍTULO IV: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 CONHECENDO O CONTEXTO SÓCIO-CULTURAL DOS SUJEITOS DO ESTUDO: O ELO ENTRE O INDIVIDUAL E O COLETIVO

O caminho teórico-metodológico pelo qual optei ao produzir este estudo considera relevante a relação entre sujeito e objeto, favorecendo a compreensão da construção simbólica dos enfermeiros sobre o câncer. Percebo, ainda, a necessidade de conhecer o contexto sociocultural do indivíduo, por propiciar o vínculo entre o seu universo e suas representações (FERREIRA, 1999). Outro ponto a considerar, são as experiências anteriores e pontos comuns que favorecem tanto a adequação dessas construções simbólicas, quanto sua aceitação pelo grupo que faz parte.

Segundo Moscovici (2003) os sujeitos não são somente receptores pessoais de ideologias dominantes produzidas e veiculadas por classes sociais, por meio das instituições sociais, tais como: igreja, estado, escolas entre outras; existe a opção autônoma, de modo que eles constantemente estão produzindo e comunicando representações que compartilham com seus grupos, estas tem influência decisiva sobre suas relações, suas escolhas e sobre suas vidas.

Percebo, a partir dessas ideias, que os indivíduos sempre estão trocando conhecimentos que encontram em seu cotidiano. Estas discussões se realizam no trabalho e outros locais, e possuem uma influência decisiva sobre suas vidas.

Ferreira (1999) valida essa premissa quando refere que na pesquisa em representação social, o sujeito tem que ser pensado sob o ponto de vista sociológico e psíquico. Se ele for pensado como essencialmente social será um portador de ideologias e se ele for pensado unicamente como psicológico não sofrerá influência do social. Moscovici, ao pensar o sujeito, o concebe como psicossocial, ou seja, o sujeito é capaz de transformar o conhecimento. Por estar inserido na sociedade ele recebe as suas influências (sociocultural e familiar) e imprime a sua marca pessoal no conhecimento. No entanto, como ele vive em sociedade e em um grupo específico, esse conhecimento produzido é social e não individual.

Dentro dessa perspectiva, busquei caracterizar o universo dos sujeitos do estudo, com dados referentes idade, cor/raça, naturalidade, estado civil, grau de instrução, situação empregatícia, tempo de serviço, renda própria e/ou familiar, seguridade social, religião, condições habitacionais e o saneamento básico (Apêndice A). Eles foram identificados pelo

sistema alfanumérico como forma de assegurar o anonimato.

No primeiro item do instrumento sociocultural busco identificar a idade que variou de 35 a 49 anos, com predominância na faixa etária acima de 40 anos.

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo a idade.

Idade	Fi
28 -- 29	01
31 -- 38	06
40 -- 49	08
Total	15

Ressalto que a população estudada foi composta em sua maioria pelo sexo feminino O predomínio desta população evidencia o contexto histórico-sócio-cultural no qual a profissão se estruturou. Esta realidade foi significativa para consolidação do cuidar/cuidado na enfermagem (WALDOW, 2001).

Tabela 2 - Distribuição dos Enfermeiros quanto ao sexo.

Sexo	Fi
Feminino	14
Masculino	01
Total	15

No item cor/raça coletei os dados por autodeclaração dos sujeitos da pesquisa, sendo este método empregado pela maioria dos institutos de pesquisa demográfica. Evidencio a importância deste item, visto que as representações sociais das doenças se estruturam diferentemente nas etnias existentes.

Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros segundo a cor/raça por auto declaração.

Cor/raça	Fi
Branca	04
Parda	10
Negra	01
Total	15

A naturalidade foi a sua maioria constituída por paraenses. Este item foi inserido devido a sua importância, pois devido à extensão de nossa região varia a forma como representamos algo ou alguma coisa. Segundo Lima (2002) dependendo do local de nascimento e desenvolvimento há uma variação de cultura, modificando os costumes e as crenças de cada pessoa.

Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo o local de nascimento.

Local de Nascimento	Fi
Belém	13
Altamira	01
São Luis	01
Total	15

Ao falar de cuidado temos que considerar a ligação intrínseca com o cotidiano da mulher que tem inserido em sua essência desde os primórdios da humanidade o processo do cuidar. Na atualidade se materializa no fato de cuidar de casa, dos filhos, do esposo e outros, sendo que a mesma divide este papel de cuidadora com a sua profissão.

Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo ao estado civil.

Estado Civil	Fi
Casadas	08
Solteiras	05
União estável	01
Viúva	01
Total	15

No que se refere ao nível de instrução, o grupo deste estudo apresenta em sua maioria curso de pós – graduação do tipo *latu sensu*, sendo a especialização em doenças tropicais predominante, esta realidade se configura devido a instituição ser referência nesta modalidade de doenças. Destaco que entre os depoentes não existia nenhum especialista em oncologia, fato relevante, pois esta especificidade orienta os cuidados a serem implementados aos pacientes acometidos pelo câncer. Ressalto que este item contribui para que o pesquisador

possa melhor situar os sujeitos no seu universo social (LIMA, 2002).

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros segundo o grau de instrução.

Grau de instrução	Fi
Especialização em Epidemiologia	02
Especialização em Saúde Pública	02
Especialização em Obstetrícia	02
Especialização em Doenças Tropicais	05
Especialização em Administração em Saúde	02
Não Especialistas	02
Total	15

Quanto ao vínculo empregatício predominou o vínculo efetivo por concurso, sendo apenas dois temporários. A instituição que serviu como campo de pesquisa adota duas formas de vínculo empregatício: o efetivo e o temporário que tem seus direitos trabalhistas adquiridos, porém não sua situação empregatícia, pois somente permanecerá empregado até realização de concurso público que complete o quadro funcional.

Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo situação empregatícia.

Situação empregatícia	Fi
Funcionários concursados	13
Funcionários temporários	02
Total	15

A renda a maioria dos depoentes possui responsabilidade do sustento da família. Este dado assume relevância por evidenciar a inserção da mulher, já que a maioria dos sujeitos eram do sexo feminino, na sociedade capitalista e globalizada.

Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros segundo a renda própria (RP) e/ou familiar (RF).

Especificação	Fi
Só tem RP	12
Tem RP e RF	03
Total	15

No que se refere ao tempo de serviço, este item variou entre 2 a 18 anos, sendo majoritária os sete anos. Este dado permite saber o período que o grupo pesquisado exerce suas atividades assistenciais aos portadores de doenças tropicais, e a relação deste cuidado ao paciente oncológico.

Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros quanto o tempo de serviço.

Tempo de serviço	Fi
02 anos e sete meses	04
05 anos	01
10 anos	07
11 anos	01
15 anos	01
18 anos	01
Total	15

A faixa salarial dos entrevistados variou de 05 a 10 salários mínimos. Este dado demonstra que a maioria dos enfermeiros tem uma renda de varia de R\$ 1.500,00 a R\$ 3.000,00 mensais, sendo que a segunda variante se reporta aos que tem mais de um emprego, o que evidencia a predominância de baixos salários ocasionando a existência de dois ou mais empregos para complementar a renda. Esta situação me faz refletir que o enfermeiro tem o cuidar/cuidado como base do seu assistir, porém por pressão de uma sociedade capitalista e baixas remunerações, este não se cuida.

Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros segundo a faixa salarial.

Renda em salários mínimos	Fi
04	01
05	02
05 a 10	06
10	06
Total	15

No que tange a seguridade social para saúde a maioria dos enfermeiros possuía plano de saúde, sendo evidenciado pelos entrevistados como fundamental. Neste dado podemos perceber a visão de homem máquina vigente em uma sociedade cada vez mais globalizada, que entende a saúde como corpo útil, e a doença como corpo inútil (FERREIRA, 1999).

Quanto ao credo religioso, foi majoritária a religião católica, enquanto cinco eram

evangélicos. Lima (2002) evidencia a importância destes dados, devido nos estudos de representações sociais, principalmente quando envolve os conceitos de saúde, doença e cuidado pelo fato do discurso religioso, principalmente o judaico – cristão, marca sobremaneira a ideologia social acerca da vivência e dos comportamentos das pessoas, na saúde, na doença e na sua forma de cuidar de si e do outro.

Tabela 11 - Distribuição dos enfermeiros segundo a religião.

Religião	Fi
Católica	10
Evangélica	05
Total	15

Quanto às condições habitacionais, a maioria respondeu possuir imóvel própria e um alugado, sendo que destes dez são casa de alvenarias e cinco apartamentos. O número de quartos variou de dois a Quatro, sendo que nove apresentam dois quartos, quatro com três quartos e dois com quatro quartos. Todos possuíam saneamento básico satisfatório.

Tabela 12 - Distribuição dos enfermeiros segundo as condições habitacionais.

Condições habitacionais	Fi
Casa própria, de alvenaria e com saneamento básico	09
Casa alugada, de alvenaria e com saneamento básico	01
Apartamentos próprios	05
Total	15

4.2 O CÂNCER E SUA REPRESENTAÇÃO SOCIAL NA ARTE DO CUIDAR/CUIDADO DE ENFERMEIROS AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Ao concluir a análise do material simbólico produzido pelos atores sociais desta pesquisa – enfermeiros que cuidam de pacientes oncológicos. Ficou notória a saturação de dados que favoreceram subsídios para emergência de núcleos de significados, que se consolidaram nas seguintes unidades temáticas: câncer uma doença crônica, degenerativa, sofrida e mortal e o paciente oncológico: a experiência de um novo cuidar da enfermagem. As quais serão discutidas a seguir:

Câncer uma doença crônica, degenerativa, sofrida e mortal

Percebo a necessidade de breve apreciação do conhecimento científico que circunda essa patologia milenar que tanto medo ainda ocasiona ao meio social. Pois a partir da apreciação desta forma de conhecimento erudito se constrói o conhecimento consensual, a representação social que foi por mim delimitada como marco teórico-conceitual para elaboração deste estudo.

Ressalto que por não trabalhar com a forma processual não me deterei nos processos de objetivação e ancoragem no que se refere a sua gênese, visto que empreguei somente os conceitos de universo de pensamento consensual e reificado da teoria. Além do que a forma processual esta mais indicada para pesquisas do tipo *strictu sensu*, por maior emergência do autor na pesquisa, assim como tempo para sua elaboração.

No que se refere à terminologia câncer, esta pode ser empregada como um “termo genérico para designar as diversas neoplasias ou as malformações malignas” (SOUZA, 1999, p.67). Para Fernandes Jr et al., (2000) as neoplasias malignas se caracterizam por uma multiplicação anormal e desordenada de um tecido, que passa a ter autonomia no seu desenvolvimento que ocorre de forma anárquica.

Esse autor evidencia que existe uma grande facilidade desse tecido anormal invadir tecidos próximos, assim como migrar pelo organismo comprometendo outros tecidos (metástase) que culminam no óbito de seu hospedeiro. Ressalto, a partir do dito, que a morte do doente ao fim do ciclo da doença é o principal motivo do termo câncer estar tão atrelada culturalmente à morte – sendo esta considerada como sua marca social.

Outro termo utilizado no conhecimento reificado como sinônimo para neoplasia, é o de tumor que é bastante amplo, pois pode ser utilizado para identificação de processos inflamatórios, infecciosos ou qualquer outro tipo de alteração que indique uma elevação de um determinado tecido e não sua proliferação em si (FERNANDES JR et. al., 2000). Destaco que o termo tumor não é errôneo, sendo necessário a complementação deste com o emprego do adjetivo benigno ou maligno, pois somente com o segundo corresponde a neoplasia maligna, ou melhor, ao câncer.

A palavra câncer provem do latim e significa caranguejo por suas patas evidenciarem simbolicamente à natureza infiltrativa da doença, sendo o mais indicado para se objetivar uma neoplasia maligna (FERNANDES JR et al., 2000). Esta terminologia esta ligada, de forma mais usual, ao significado de uma doença crônica e degenerativa resultante do acúmulo de lesões no material genético das células que propiciam a proliferação tecidual.

A partir do exposto foi constatado, entre os depoentes do estudo, que o termo câncer

estava vinculado a expressões como uma doença crônica e degenerativa, que ocasiona sofrimento para o seu portador, que na maioria dos casos evolui para morte. Estes significados emergentes serão discutidos a seguir.

No primeiro momento percebi que quatro (04) depoentes vincularam a palavra câncer a uma doença crônica e degenerativa, principalmente durante a realização da técnica de livre associação de ideias, esta favoreceu o surgimento de um aspecto de cronicidade e degeneração, muito presente na literatura científica que abordam esta patologia. Este momento se materializa nos seguintes relatos:

“Uma doença crônica degenerativa que pode ter controle ou não dependendo do estágio em que se encontra[...].” (Girassol).

“[...] doença insidiosa que vai matando aos poucos, sem a pessoa saber[...].” (Margarida).

“Uma doença crônico degenerativa que tem cura dependendo do estágio em que esteja[...].” (Violeta).

Segundo Houaiss et al., (2001) os termos crônico e degenerativa possuem os seguintes significados, uma doença de longa duração que ocasiona o abastardamento de um ser vivo, ou seja, a sua alteração para algo pior.

Os conceitos, acima mencionados, estão atrelados ao imaginário do grupo pesquisado, por ser o câncer uma doença que estabelece um vínculo duradouro com o seu hospedeiro, e ao fato de ocasionar alteração no corpo do mesmo que são caracterizadas por: emagrecimento acentuado, formação de tumorações e ulcerações, eliminação de secreções de odor fétido e outras. O indivíduo percebe a sua estrutura corporal modificada em função das manifestações da doença que o acomete. Estas marcas corporais foram visíveis no relato de cinco (05) depoentes:

“É, lembra-me aquelas modificações nas células, rápidas e que vai dominando todo o corpo da gente, as células cancerígenas se multiplicando[...] o câncer me lembra feridas, lesões assim com odor pútrido”. (Lírio).

“[...] agente pensa em quimioterapia, radioterapia, ficar careca, em mutilações”. (Orquídea).

“[...] pacientes de câncer chegam aqui numa fase horrorosa. A gente pensa em paciente sem cabelo[...] paciente oncológico é aquele paciente em dependência total que na maioria da vezes tem um mal prognóstico”. (Orquídea II).

A terapêutica para o estadiamento, cura ou melhoria da qualidade de vida do indivíduo que é acometido pelo câncer exigem o emprego da quimioterapia e da radioterapia, de forma isolada ou simultânea, dependendo do avanço da patologia. Estas por sua vez imprimem,

também, no corpo do paciente características que são reconhecidas no meio social como formas de tratamento direcionados a doença. A referida realidade contribuiu para gênese de um temor social não arraigado somente a doença, mas também aos efeitos do seu tratamento. Notei que esta visão estava presente no estudo, conforme evidenciado nos relatos anteriores, ou seja a doença e sua propedêutica se materializam para a sociedade nas marcas que imputam no corpo de seu portador.

No meio social o corpo considerado padrão tem que possuir características que evidenciam uma aparência saudável, tais como: jovialidade e beleza, estes são vinculados aos meios de comunicação em massa como sinônimo de felicidade (LIMA, 2002). Outro ponto que ressaltado é a visão capitalista que o concebe como uma máquina útil para geração de lucros para classe detentora do poder econômico.

Já o paciente oncológico apresenta um corpo totalmente alterado pela doença e pelo seu tratamento, não possuindo mais os parâmetros exigidos por uma sociedade mecanicista, pois este não consegue mais executar as suas atividades laborais – passa a ser detentor de um corpo inútil, que não mais se enquadra aos padrões da ideologia capitalista. A emergência destas características, aliadas as marcas corporais propicia o surgimento de um estigma social, que foi visível em quatro (04) relatos:

“[...] tem um estigma é um paciente pra mim difícil de trabalhar[...]”. (Orquídea).

“[...] todo profissional de saúde em si, tem a tendência de olhar apenas[...] para aquele corpo que esta ali, para aquela ferida que está ali, para aquele câncer[...]” (Tulipa).

O termo estigma pode ser reconhecido como uma “marca, sinal, cicatriz, aquilo que é considerado indigno”; já estigmatizar “significa marcar negativamente alguém” (HOUAISS, 2001, p.183). O câncer propicia o surgimento de uma marca que se socializa a partir do momento em que se desprende do contexto cognitivo do seu hospedeiro e migra para o coletivo, favorecendo um afastamento deste individuo do âmbito social. Este mecanismo é empregado como uma forma de proteção do meio social contra uma doença temida.

Algumas doenças crônicas vinculam seus portadores ao estigma, pela emergência de traços depreciativos visíveis que provocam uma reação negativa nas pessoas (ADAM; HERZLICH, 2001). No caso do câncer um dos principais “traços depreciativos”, conforme evidenciado pelo autor, esta vinculada a queda dos cabelos ocasionados pela quimioterapia.

Segundo Lima (2002, p.79) “o estigma da doença afasta as pessoas do convívio social. Isto ocorre porque, por receio de não saber o que, e como falar com uma pessoa que tem

câncer, os indivíduos se afastam dela como se fosse um ser estranho”. Outro fato, que esclareço, é que o câncer surgiu no início do século XX, e sua progressão passou a ser visto pela sociedade como uma realidade ameaçadora – a doença passa a ser percebida como algo terrível (ADAM; HERZLICH, 2001).

O fato de sermos profissionais da área da saúde, dotados de conhecimento científico formado no universo acadêmico, como forma de orientar nossa conduta frente a uma doença e ao doente, não nos torna impenetráveis ao contexto sociocultural que possui um determinado objeto psicossocial, como é o caso do câncer. Pois somos seres sociais impregnados por conhecimentos consensuais, que na sua grande maioria se exteriorizam em nossas práticas. Então, o contexto sociocultural que circunda esta patologia milenar esta embutida nas representações sociais sobre a doença, que contribuem para a formação de um temor frente ao estigma social enfrentado pelo paciente oncológico.

Ressalto este sentimento manifestado por sete (07) depoentes do estudo, quando estabeleceram o primeiro contato com um paciente portador de câncer:

“[...] medo, pavor, sinto muito medo, só em saber que não se descobriu a origem, que não tem cura[...] eu sinto um medo, um pavor.” (Papoula).

“[...] é um paciente, pra mim, difícil de trabalhar, pois ele vai mexer muito comigo com o meu eu, com a possibilidade da gente enquanto mulher estar sujeito a muitos tipos de cânceres[...] quando a gente vê o outro, é que percebe que pode acontecer com a gente, e isso mete medo.” (Azaléia).

Já os contatos posteriores que os sujeitos mantiveram com pacientes oncológicos foram significativos para a conversão de uma realidade temida e não-familiar, em familiar. Esclareço que o conhecimento reificado, do qual o enfermeiro é detentor, atuou como um fator benéfico nesta mudança (MOSCOVICI, 2003).

Um aspecto também emergente no estudo foi à visão do câncer como gerador de duas formas de sofrimento: o ocasionado ao doente e o suscetível ao profissional que presta cuidado. No que se refere ao paciente este passa a ter a sua autoimagem, autoestima e seu cotidiano alterado pela patologia, e pelo seu tratamento. Este contexto foi destacado nas falas de oito (08) entrevistados da pesquisa:

“[...] (o paciente é) uma vítima dessa doença, uma pessoa que vai passar por tratamentos dolorosos, que vem em busca de cura[...].” (Tulipa).

“[...] um paciente que vai precisar de cuidados de quimioterapia e de radioterapia, vai precisar ser assistido bem de perto[...].” (Orquídea II).

Para Nascio (1997, p.19) o sofrimento “designa uma perturbação global, psíquica e

corporal, provocada por uma excitação violenta”. Pode-se perceber que o ato de sofrer se refere a uma realidade temida por um indivíduo, principalmente, no que diz respeito a sua duração; no caso de um paciente oncológico este período se evidencia como longo – um sofrimento duradouro.

Mas uma vez me reporto ao estigma gerado pela doença, como uma forma de sofrimento, ao seu portador, pois o detentor de um estigma aceita com resignação os valores sociais prevalentes, tendo como consequência a vergonha (ADAM; HERZLICH, 2001). Outro fato relevante mencionado pelo autor, diz respeito a administração deste estigma como uma estratégia do portador as tensões surgidas quando ocorre o encontro com indivíduos “normais”, sendo essas:

1) o indivíduo esconde sua condição para ser aceito como uma pessoa normal; 2) ele procura reduzir o peso do estigmatização, em vez de negar a condição; 3) ele decide retirar-se da vida social e abandonar as atividades que impliquem contato com as pessoas normais. (ADAM; HERZLICH, 2001, p.65).

Quando vinculo essas estratégias ao câncer percebo que a primeira e a segunda podem ser utilizadas pelo doente enquanto a doença se encontra restrita as dimensões do corpo físico. Porém quando a doença se exterioriza o paciente passa a empregar a terceira estratégia, ou seja procura se isolar do meio social, por conta de seu biótipo se percebido como diferente dos demais. Este passa a ser portador de uma marca, de um estigma - da doença materializada nas alterações corpóreas, que ocasionam um grande sofrimento ao seu portador.

O profissional também, como dito anteriormente, é submetido a uma forma de sofrimento, pois apesar de sua atenção e dedicação na assistência ao paciente oncológico, a maioria dos casos evoluem a óbito, conforme observado nos depoimentos de seis (06) sujeitos do estudo:

“Eu não sou de lidar com a morte, eu quero fazer muita coisa e não quero que o meu paciente morra, [...] quero que ele se recupere, que vá embora para casa, mesmo que ele seja um paciente que tenha um prognóstico ruim[...]” (Bromélia).

“Uma senhora tinha um câncer de mama, era um câncer exteriorizado[...] a vontade que eu tinha era de arrancar aquela ferida do peito dela para que ficasse boa, mas infelizmente isso não poderia acontecer[...] então a gente se sente impotente[...]” (Rosa II).

Percebo no relato de Rosa II a impotência que sente o profissional ao assistir o paciente oncológico, pois de apesar de todos os esforços direcionados ao cuidado deste doente, o objetivo mais almejado, não é alcançado - a cura. A ausência de um bom prognóstico para aos portadores desta patologia contribui para emergência do sentimento de frustração, pois toda sua dedicação e zelo a este indivíduo não irá salvá-lo, podendo no máximo prorrogar sua vida frente a uma doença mortal.

Reforço que esta representação de doença curável esta arraigada ao modelo biomédico vigente na sociedade, este por sua vez compreende o ser humano como uma máquina, que tem que ser avaliado e “consertado” por partes – a dicotomização do ser humano. Esta concepção mecanicista permitiu o estabelecimento de uma política curativa, que de certa forma está presente na cultura de todo profissional da área da saúde.

Ressalto que o sofrimento visível, não está restrito somente a frustração frente a uma doença incurável, mas também a sua consequência – a morte. Esta tem sua ideia recusada no mundo ocidental, por não nos ensinarem a enfrentar o ato de morrer, muito menos a aceitá-lo. Tudo é elaborado para esconder a morte, incitando-nos a viver sem refletir sobre a mesma (LELOUP; HENNEZEL, 1999).

No que se refere à posição dos profissionais de saúde frente à morte, o autor reforça que antes de tudo estes são pessoas que:

Como todo mundo, sofrem com esse menosprezo pelas questões relativas à morte. Cresceram em uma sociedade na qual já não se fala desse assunto. Como acontece com todos nós, eles sentem a ausência de sentido que é o resultado do afastamento das grandes tradições que nos preparavam para a morte e nos ajudavam a decifrar o sentido de nossas existências. Por imposição da laicidade, a maioria dos lugares públicos a serviço dos seres humanos – entre outros, a escola e o hospital – são espaços onde quase nunca são abordados as questões essenciais, as questões relativas à morte e ao sentido da vida. (LELOUP; HENNEZEL, 1999, p.15).

A partir do que foi mencionado anteriormente, encontro subsídios que permitem a compreensão da morte como um insucesso profissional pelo enfermeiro, propiciando ao mesmo a compreensão de um cuidado ineficaz, pois apesar de sua dedicação a este paciente a sua saúde não é restabelecida, e sua cura não é alcançada. Bernardo (2000) evidencia que para muitos profissionais de saúde a morte representa um fracasso. Porém esclareço que apesar do tratamento curativo não poder mais ser visto como uma meta alcançável, ainda resta uma forma terapêutica tão louvável quanto a citada anteriormente – o cuidado paliativo.

Conforme nos afirma Bernardo (2000) o termo palição define uma terapêutica que melhora de uma doença, de seu sintoma sem que seja possível obter a cura do doente. Já quando nos referimos aos cuidados paliativos Doyle (1996) esta forma de cuidado é voltado ao paciente que não mais responde ao tratamento curativo, tendo mais relevância o controle da dor e de outros sintomas; além dos problemas de aspectos psicológicos, espirituais e sociais.

Uma equipe de cuidados paliativos compromete-se a aliviar os sofrimentos de um indivíduo que esta chegando ao fim da vida, escutando suas solicitações, respeitando suas

necessidades e o tempo que o mesmo possui de vida sem a obrigação de encurtá-lo ou prolongá-lo. O conceito de “qualidade de vida” foi incorporado a esta vertente do cuidado, como forma de responder a demanda de sentidos formulados pelos profissionais de saúde frente a situações conflitivas, tais como: o ato de se aliviar a dor, propiciar tratamento de apoio, dar suporte aos familiares que acompanham seus doentes. Este cuidar contribuiu para evolução das atitudes humanas frente à morte (LELOUP; HENNEZEL, 1999).

4.3 O PACIENTE ONCOLÓGICO: A EXPERIÊNCIA DE UM NOVO CUIDAR DA ENFERMAGEM

Agora me atarei a comentar a impressão dos depoentes deste estudo frente a uma nova experiência de cuidar surgida com a inserção do paciente oncológico no cotidiano de suas práticas assistenciais.

O descuido e o descaso tem como oposição o cuidado, que pode ser definido como algo maior que um ato, é sim uma atitude que abrange muito mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo; caracteriza uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de comprometimento afetivo com o outro (BOFF, 1996). O autor reforça o citado, quando evidencia o cuidado como um comportamento intrínseco da natureza do ser humano, pois o mesmo adota uma postura de preocupação e responsabilidade, consigo e com o outro. O cuidado pode ser percebido como uma forma de valorização de algo que o indivíduo define como essencial a sua existência, a sua vida.

De acordo com Waldow (2001) o cuidado é um comportamento instituído pela humanidade desde seus primórdios. Nas tribos antigas, os líderes protegiam seus grupos do perigo de outros animais com a utilização do fogo, ou quando as mulheres auxiliavam em partos e colaboravam com a mãe a cuidar de seu recém-nascido durante o puerpério. O cuidado é uma ação, uma prática executada com o sentido de fazer eticamente correto.

Neste estudo foi possível notar no relato de seis (06) entrevistados a emergência de uma nova forma de cuidado, a partir da experiência em cuidar do paciente oncológico:

“[...] tem que ver o paciente de forma holística, como um todo, não se preocupar apenas com o aspecto físico com a dor, mas com o paciente com o seu sofrimento. No momento em que o paciente esta preocupado com a família[...] precisa ver o paciente nos três aspectos físico: psicológico, espiritual e físico.” (Jasmim).

“[...] o cuidado tem que ser voltado a proporcionar o máximo de conforto possível, visando melhorar a vida deste paciente.” (Violeta).

Quando me reporto ao cuidado cabe evidenciar que os sujeitos desta pesquisa, em sua grande maioria, tem maior experiência em sua prática assistencial os cuidados aos pacientes acometidos por doenças agudas que permitem ao profissional uma avaliação do atendimento prestado, propiciando a melhora do estado de saúde do doente, e na maior parte das vezes, a cura.

As doenças agudas nos reportam as grandes epidemias onde predominava no coletivo, o medo do contágio, e conseqüentemente a rejeição generalizada ao doente. Já nas sociedades capitalistas industrializadas, o surgimento dos antibióticos contribuiu para a regressão e controle das doenças infecciosas, assim como a predominância das doenças crônicas e degenerativas (ADAM; HERZLICH, 2001).

Algumas doenças crônicas, por não serem transmissíveis não ocasionam pânico ao meio social, por ser a doença do outro e não minha, sendo coerente afirmar que esta visão está mais indicada para doenças crônicas que são acompanhadas de sintomas subjetivos, isto é, não visíveis, tais como a diabetes e a hipertensão arterial. O que, conforme mostrado na unidade anterior, não pode ser empregado para um câncer em estágio avançado.

Para Adam e Herzlich (2001) o avanço da medicina colaborou para um aumento da expectativa de vida da população, e por ser o câncer uma doença, que na maioria dos casos surge com o envelhecimento; é normal o aumento de sua incidência em uma sociedade que envelhece. Porém:

O medo provocado pelo câncer não é menor que os grandes medos do passado, e ele continua sendo obcecante ainda hoje. Mesmo podendo ser curado em certo número de casos, o câncer ainda associado, as nossas representações à morte, exatamente como ocorria as epidemias no passado. (ADAM; HERZLICH, 2001, p.26).

Existe uma diferença no que se refere ao tratamento preconizado a uma doença aguda e o empregado à crônica. Na primeira o indivíduo procura o serviço de saúde, realiza o tratamento indicado para sua patologia e restabelece a saúde, percebendo-se curado; já na segunda, a terapêutica é estabelecida e o padrão saudável atingido, porém a cura não. O paciente aprender a lidar com as condições impostas pela doença, pelo profissional que o atende e pela família, tendo que converter sua doença em um estilo de vida (ADAM; HERZLICH, 2001).

A partir desta contextualização percebo que os depoentes frente à experiência de cuidar de um indivíduo que sofre de câncer, implementaram o cuidado que prestava ao portador de uma doença aguda, de forma que atende-se as necessidades do paciente oncológico – uma nova forma de cuidar/cuidado da enfermagem.

No que se refere a esta nova forma de cuidado experienciado, os depoentes evidenciaram a necessidade do mesmo ser: especializado, integral e humanizado, pois estas características propiciam um cuidar mais eficiente e eficaz ao paciente oncológico. Estas qualidades destacadas no estudo serão discutidas a seguir.

Quando se reportam a um cuidado especializado, referenciam-se a necessidade de um conhecimento específico que oriente o cuidado direcionado ao paciente oncológico. Um conhecimento que esclareça as diversas formas de se assisti-lo e que favoreça uma tranquilidade frente à conduta que irão realizar. Estando evidenciado no trecho abaixo:

“[...] a assistência que esse paciente vai precisar do enfermeiro, além do carinho e da atenção, ele também precisa de uma assistência especializada[...].” (Rosa).

Muitos profissionais de saúde, por interesse ou por uma necessidade no serviço, buscam o curso de especialização como forma de se capacitar frente a uma realidade vivida no seu cotidiano. Estas fornecem um conhecimento científico que será aplicado frente uma realidade que proporciona insegurança e angústia. Percebo que a compreensão do universo de pensamento reificado sobre o câncer, suas manifestações e terapêuticas proporciona ao enfermeiro uma maior segurança técnica e teórica sobre a assistência que irá oferecer ao paciente oncológico.

No que se refere ao enfermeiro, este conhecimento reificado é um ingrediente essencial para processo de cuidar, que é definido por Waldow (2001, p.149) como o: Desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos *com base em conhecimento científico*, experiência, intuição e pensamento crítico, realizados para e com o paciente / cliente / ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas.

Ressalto que a enfermagem tem suas raízes vinculadas ao modelo cartesiano, como pode ser evidenciado nos seus livros textos, vigentes desde a década de 70, e que apesar de sucessivas reedições, ainda se constituem em verdadeiros compêndios que priorizam procedimentos técnicos em detrimento ao processo de cuidar. Sendo necessário que o cuidar/cuidado seja incluído nestas obras e no ensino como forma de melhor capacitar enfermeiros na arte de cuidar de si e do próximo, favorecendo que este não se torne um mero praticante de técnicas mecanicistas.

Outro componente fundamental para o processo do cuidar diz respeito ao cuidado integral, que compreende a dignidade e totalidade do ser humano englobando sua integridade, plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual (WALDOW, 2001). Esta percepção

do cuidar de forma integral foi mencionada por sete (07) sujeitos:

“[...] a enfermagem vê o paciente de forma holística, como um todo, então ela não vai se preocupar apenas como o aspecto físico, com a dor; mas com o paciente com o seu sofrimento[...] precisa ver o paciente nos três aspectos: no psicológico, no espiritual e no físico[...].” (Jasmim).

O cuidado na enfermagem tem que compreender a pessoa sadia ou doente, em sua integralidade, considerando as dimensões familiar, comunitária e social em que ocorre a sua existência. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de ensinar, orientar e assistir as pessoas na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (SANTIAGO, 2000).

Capra (2003) ressalta a importância de uma ação terapêutica da enfermagem, por possuírem um conhecimento mais completo do paciente, em contra partida ao modelo biomédico que prioriza a segmentação do doente em órgãos e supervalorização da doença. Para Teixeira (2004) a hegemonia do saber médico e dos padrões patriarcais, contribuem para um trabalho de enfermagem comprometida com a inovação do processo de cuidar ético, estético, ainda pouco valorizado.

Ressalto a importância do cuidado ao paciente oncológico ser prestado de forma integral, pois o câncer afeta este doente no âmbito físico, psicológico, emocional e espiritual. Esta patologia proporciona uma mudança no cotidiano do seu portador, sendo fundamental para o enfermeiro, como detentor do processo de cuidar, não direcionar o cuidado somente a uma parte afetada, mas sim ao paciente como um todo, pelo fato de estar lidando com uma patologia que vai além das estruturas físicas – uma doença psicossocial.

A humanização foi outra qualidade atribuída ao cuidado do paciente oncológico, conforme expressa a fala a seguir:

“[...] todo e qualquer paciente, mesmo os de prognóstico ruim, eu quero que ele se sinta bem[...] não é somente prestar o cuidado eu sempre estou tocando, mantendo contato com o paciente por meio de um gesto carinhoso, passando confiança e segurança para ele[...].” (Bromélia).

Percebo no trecho mencionado por Bromélia, a importância dada ao ato de tocar o paciente como forma de demonstrar um gesto de amor e carinho. Para Waldow (2004) a existência do toque na relação de cuidado, não pode constar apenas de uma palpação ou manipulação mecânica, tem sim que representar uma expressão de participação da cuidadora frente à experiência de adoecimento do paciente.

Segundo Waldow (2004) o envolvimento subjetivo no sofrimento de outra pessoa é

somente possível quando existe interesse e preocupação, assim o toque empático, como ela se refere, é interesse tangível, ou ainda, um interesse genuíno transformado em toque. A realização do toque do enfermeiro ao paciente oncológico, principalmente, aos que se encontram em fase terminal, não pode se restringir somente a execução de procedimentos técnicos, mas a algo bem mais amplo, uma aproximação do doente por meio de gestos carinhosos, da escuta e da dignidade. A partir destas atitudes afetivas, surge um componente fundamental – o cuidado humano, que pode ser definido como:

Uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades e da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida. (WALDOW, 2004, p.176).

Para a autora o indivíduo que é cuidado, não tem que receber somente as atenções terapêuticas, mas sim um cuidado que ultrapasse os procedimentos técnicos, feito com compaixão, interesse e carinho. O ser cuidado tem que ser olhado, ouvido e sentido. Estes atributos favorecem ao ser que cuida a integralização de suas ações, enquanto o que é cuidado passa a perceber a importância de cuidar de si.

CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objeto as representações sociais dos enfermeiros sobre o câncer e suas implicações para o cuidado de enfermagem prestado ao paciente oncológico. Ao realizá-lo, pude conhecer o seu pensar, sentir e agir em relação à doença a ao doente, na trajetória traçada pelos mesmos desde o primeiro contato com o paciente oncológico até o momento da realização desta pesquisa.

O conhecimento das representações sociais dos enfermeiros teve como agente facilitador o referencial teórico-metodológico utilizado, centrado nos conceitos da Teoria das Representações Sociais, por ter possibilitado a compreensão da relação do indivíduo com o objeto social – o câncer, assim como sua inserção em seu cotidiano. Outro ponto a ser ressaltado é que a representação social da doença contribuiu para construção da realidade desse grupo social, além do entendimento do contexto psicossocial em que o mesmo se movimenta.

Os depoimentos dos quinze enfermeiros gerados por meio da aplicação da técnica de livre associação de palavras favoreceu a captação das representações de forma espontânea sem risco de sua contaminação. Logo após seu término, busquei aprofundá-las por meio de entrevistas semi-dirigidas e observação livre. O material produzido permitiu minha discussão sobre o universo do cuidar de um paciente oncológico referenciado por quem possui este cuidado inserido no seu cotidiano. Acredito que esta foi a melhor forma de captar e compreender a realidade de assistir um paciente portador de uma doença secular, que semelhante aos primórdios da humanidade, ainda com o estigma social produzido pela patologia.

Na primeira unidade temática, denominada de câncer – uma doença crônica, degenerativa, sofrida e mortal, foi possível perceber que as representações sociais dos enfermeiros estavam vinculadas ao caráter de cronicidade e degeneração que a mesma ocasiona no seu portador, imputando verdadeiras marcas que se tornam sociais quando exteriorizadas no corpo do indivíduo.

Outro sentido percebido diz respeito a duas formas de sofrimento predispostos pela patologia: o direcionado ao doente e outro ao profissional. O primeiro surge por meio dos malefícios do câncer a estrutura bio-psico-social de seu portador; e o segundo pela frustração que o cuidar de um paciente terminal ocasiona no enfermeiro, pois apesar de todo suporte assistencial que é ofertado, a cura não é alcançada, tendo este profissional lidar com uma

situação que o mundo ocidental e capitalista não o preparou – a morte.

Torna-se relevante para o enfermeiro a compreensão do universo de pensamento reificado que circunda a doença, pois o uso desta forma de saber contribuirá na desmistificação da contextualização sociocultural do qual o câncer é detentor, auxiliando-o a vencer o estigma ao qual o paciente oncológico esta sujeito.

Apesar do enfermeiro ser, também, um indivíduo social dotado de conhecimento consensual que incorpora os mitos vinculados a doença ao seu cognitivo; este tem que fazer uso do saber erudito, adquirido durante a graduação, como forma de romper com os temores proporcionado pela patologia.

O câncer vem se difundindo no mundo, e em nossa região, devido o envelhecimento da população, torna relevante o investimento na capacitação de todos os profissionais da saúde, com ênfase ao enfermeiro, como forma de especializar o cuidado ao paciente oncológico. Para que esta realidade se concretize deve haver a elaboração de estratégias, pelos órgão da saúde, que favoreçam o ingresso destes nos programas de pós-graduação *latu sensu* que abordem o câncer. Nestes cursos os mesmo terão o seu conhecimento reificado aprimorado, contribuindo para um cuidado mais qualificado ao portador desta patologia, porém cabe ressaltar a necessidade do saber genuíno vir atrelado ao cuidado humanizado.

Na unidade, o paciente oncológico – a experiência de um novo cuidar da enfermagem, foi possível perceber que a experiência proporcionada pela presença do paciente oncológico no cotidiano assistencial dos depoentes, favoreceu uma readaptação do cuidado prestado a um doente agudo para o mais indicado ao crônico. A esta nova forma de cuidado foram atribuídas características como: ser especializado, integral e humano, pois somente com estas qualidades poderia o enfermeiro atender o doente de câncer de forma plena e digna – um verdadeiro cuidado, não o de enfermagem, mas o da enfermagem.

Percebi que a representação social sobre o cuidado ao paciente agudo, abordando o aspecto estrutural da teoria, consistia no núcleo central que orientava um cuidar que tinha como meta o restabelecimento do doente, e a sua cura. Frente à nova realidade de assistir um paciente oncológico terminal, esta representação teve seus elementos periféricos alterados o que favoreceu a elaboração de um cuidado que direcionado as necessidades de um doente que não era mais passível de cura, porém muito ainda podia ser realizado.

Evidencio que apesar da Instituição na qual os depoentes realizam suas práticas assistenciais, não ser referencia no tratamento ao câncer, os cuidados prestados aos pacientes oncológicos foram completos pelo fato de quatorze dos entrevistados serem do sexo feminino. Esta realidade foi possível devido o cuidado ser uma prática vivenciada mais no cotidiano da

mulher pela existência das atribuições ditas femininas como cuidar do lar, ser mãe e esposa.

Como podemos constatar este estudo atingiu seus objetivos pelos resultados obtidos. As representações sociais dos enfermeiros possibilitaram conhecer e compreender a verdadeira extensão dos conflitos que o cuidar de um paciente oncológico acarreta no seu cotidiano. Além disso, ofereceu subsídio para a atuação de outros profissionais de saúde que prestam atendimento a esta clientela nos diversos níveis de assistência. Reforço uma questão fundamental para qualificação deste cuidado, a necessidade de uma melhor formação acadêmica do enfermeiro, no que tange ao conhecimento técnico vinculado ao cuidar/cuidado, visando formar profissionais mais aptos a assisti-los.

Não tenho a pretensão de acreditar que esta pesquisa esgota a necessidade de discutir questões referentes ao objeto de estudo. Mas sim que sirva como base para trabalhos análogos e experiências capazes de apreender com mais profundidade aspectos a serem explorados. Evidencio que trabalhos no campo das representações sociais, enfocando o contexto psicossocial são fundamentais para o conhecimento de doenças tão marcantes como o câncer, sendo importantes e necessários na intenção de olhar mais atentamente a prática assistencial que prestamos a esta clientela.

REFERÊNCIAS

- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.
- ALAM, R. et al. Bereavement experiences of mothers and fathers over time after the death of a child due to cancer. **Death Stud.** V. 36, n.1, p. 1-22, jan. 2012.
- ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais, 50 anos**. 2 ed. Brasília (DF): Technopolitik Editora [Ybook], 2014.
- ALTHOFF, C. R.; ELSEN, I.; LAURINDO, A. C. Família: o foco de cuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 7 n° 2, p. 320-327, maio-ago. 1998.
- ANDRADE, O. G. **O cuidado ao idoso com sequela de acidente vascular cerebral: representações do cuidador domiciliar**. 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.
- ARAÚJO, J. S. et al. A bebida alcoólica no contexto laboral: um diálogo mediado pelas representações sociais. **Tempus Actas Saúde Coletiva**. v. 6, n. 2, p. 217-233, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v6i3.1165>
- BALLONE, G. J. Lidando com a morte. *Psiquiatria Geral* [Internet]. Campinas, 2002. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=31>>. Acesso em: 13 jan. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERNARDO, C. L. E. Nos cuidados paliativos. In: BARACAT, F. F. et al. **Cancerologia atual: um enfoque multidisciplinar**. São Paulo: Roca, 2000.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética humana - compaixão pela terra**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4. ed. Rio de Janeiro (RJ): Ateneu, 2012.
- BROMBERG, M. H. P. F. et al. **Vida e morte: Laços da existência**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1996.
- CAMPBELL, L. C., et al. Masculinity Beliefs Predict Psychosocial Functioning in African American Prostate Cancer Survivors. *Am. J. Mens. Health*. v. 6, n. 5, p. 400-408, 2012.

Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1557988312450185>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 24. ed. São Paulo: Cultrix, 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

COUTINHO, M. P. L.; NÓBREGA, S. M. O teste de livre associação de palavras. In: COUTINHO, M. P. L. **Representações sociais**: abordagem multidisciplinar. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2003.

CRUZ, F.O.A.M.; FERREIRA, E. B.; REIS, P. E. D. Consulta de enfermagem via telefone: relatos dos pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica. **Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.** v. 4, n. 2, p. 1090-1099, maio-ago.2014.

DETHLEFSEN, T.; DAHLKE, R. **A doença como caminho**: uma visão da cura como ponto de mutação em que o mal se deixa transformar em bem. 11. ed. São Paulo: Cultrix, 2003.

DUVEEN, G. Uma psicologia social do conhecimento. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

FERREIRA, M. A. **O corpo no cuidado de enfermagem**: representações de clientes hospitalizados. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

FERNADES JÚNIOR, H. J. Introdução ao estudo das neoplasias. In: BARACAT, F. F. et al. **Cancerologia atual**: um enfoque multidisciplinar. São Paulo: Roca, 2000.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Enfermagem oncológica**: conceitos e práticas. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

FREITAS, N.O. As representações sociais. *Rev. Enferm UFPE* [on-line], 2015, Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/8681/pdf_8510. Acessado em 13/01/2017.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIMENES, M. G. **Passagem**: um desafio ao amor. São Paulo: Portalis, 2001.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

KUBLE-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

HOUAISS, A. **Minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Instituto Nacional de Câncer (INCA) José Carlos Gomes da Silva. Estimativa 2016, Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ), 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

LENNES, I. T. et al. Predictors of newly diagnosed cancer patients' understanding of the goals of their care at initiation of chemotherapy. **Cancer**. v. 119, n. 3, p. 691-699, feb. 2012. Doi: 10.1002/cncr.27787.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em a saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LELOUP, J. Y.; HENNEZEL, M. **A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

LIMA, R. **A representação social das mulheres sobre o câncer de mama: implicações para o cuidado de enfermagem**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

MACIEIRA, R. C. **O sentido da vida na experiência da morte: uma visão transpessoal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MACPHERSON, C. F. et al. Feasibility and acceptability of an iPad application to explore symptom clusters in adolescents and young adults with cancer. **Ped. Blood Cancer**. v. 61, n. 11, p. 1996-2003, 2014. DOI: 10.1002/pbc.25152

MARCON, S. S.; ANDRADE, O. G.; SILVA, D. M. P. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 289-307, maio-ago. 1998.

MENDE, M. et al. Patients' perspectives on palliative chemotherapy of colorectal and non colorectal cancer: a prospective study in a chemotherapy experienced population. **BMC Cancer**. v. 13, art. 66, Feb. 2013. doi: 10.1186/1471-2407-13-66. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632496/>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

MOTTA, M. G. C. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença, o entrelaçar de mundos: família e hospital**. Maringá: EDVEM, 2002.

MOSCOVICI, S. **Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas as representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

NASCIO, J. D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

PIETRUKOWICZ, M. C. **Apoio social e religioso: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde**. 2001. Dissertação (Mestrado)- Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

PRADO, M. L. Uma narrativa sem epílogo? Refletindo acerca do sentido da morte violenta a partir do pensamento de Pasolini. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 30-37, jul./dez. 1995.

ROLLAND, J. S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo da vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Cap. 18, p. 373-392.

SALES, C. A **O cuidado de enfermagem: uma visão fenomenológica do ser leucêmico**. 1997. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

SANTIAGO, M. M. A. **O saber acadêmico de enfermagem: constituição e representações em três programas de pós-graduação**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SILVA, A. F. et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 56-62, jun. 2015. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/46299/34184>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

SILVA, B. et al. Significado do ser cuidado em um universo infanto-juvenil. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 268-288, Maio-Ago. 1998.

SILVA, P. M. et al. **Estudos em representações sociais**. Vitória (ES): Editora GM, 2012. V. 2.

SILVA, S. E. D. et al. O processo morte/morrer de pacientes fora de possibilidades atuais de cura: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Gestão Saúde [online]**. v. 4, n. 2, p. 2311-2325, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22956/16479>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

SOUZA, M. G. G.; GOMES, A. M. T. Sentimentos compartilhados por familiares de Pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico: um estudo de representações sociais. **Rev. Enferm. UERJ [online]**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 149-54, abr/jun. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4009/2778>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

SOUZA, V. M. et al. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. **Rev. Bras. Enferm. [online]**. Brasília, v.68, n. 5, p.791-796, Sept./Oct. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167201500500791>. Acessado em: 13 jan. 2017.

SOUZA, D. B. et. al. **Dicionários: termos técnicos da saúde**. São Paulo: Conexão, 2000.

SCHULZE, C. M. N. As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 266-279.

TEIXEIRA, J. P. D. S.; RODRIGUES, M. C. S.; MACHADO, V. B. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm. [online]**. Porto Alegre, v. 33, n. 2, 186-96, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/26.pdf>>. Acessado em: 13 jan. 2017.

TEIXEIRA, E. R. A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar na enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev Enferm. [online]**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 260-377, dez. 2004.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: construção teórica – epistemológica discussão comparada e aplicada nas áreas de saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, E. V. et al. O câncer nas representações sociais de cuidadores: implicações para o cuidado. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. [Online]**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 474-484, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v18n3/a13v18n3.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

VERGELY, B. **O sofrimento**. Bauru: EDUSC, 2000.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

WENGSTRÖM, Y. et al. The management of breakthrough cancer pain: educational needs a European nursing survey. **Eur. J. Cancer Care (Engl)**. V. 23, n. 1, p. 121-128, jan. 2014. doi:10.1111/ecc.12118

ZILLMER, J. G. V. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**. São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1371-1378, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/13.pdf>>. Acessado em: 13 jan. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (de acordo à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulado **“A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS ENFERMEIROS SOBRE O CÂNCER E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM PRESTADO AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS”** que tem como objetivo descrever os fenômenos relacionados a representação social dos enfermeiros sobre o câncer e suas implicações para o cuidado de enfermagem prestado aos pacientes oncológicos e como o mesmo interfere no seu cotidiano. Essa pesquisa está sendo realizada por um mestrando da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará sob orientação do Professor Dr. Silvio Éder. É importante que saiba que você é amparada pela a Resolução específica de proteção à pesquisa com seres humanos, a Resolução 466/2012, em que a mesma atende os fundamentos éticos e científicos pertinentes, além de respeito ao participante da pesquisa, dignidade e autonomia. Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

RISCOS

Dentre os riscos assumidos, será o risco mínimo de possível quebra de sigilo, entretanto, o pesquisador compromete-se em guardar todas as informações sigilosas.

BENEFÍCIOS

E o benefício será de que o sujeito da pesquisa contribuirá para a formulação de um trabalho e aumento de conhecimento por parte dos pesquisadores, haja vista que as informações que serão colhidas serão de suma importância para o conhecimento técnico dos pesquisadores. Uma vez que, os resultados gerados por ela poderão ajudar a compreender melhor as representações sociais acerca do tratamento quimioterápico.

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA**I – PERFIL SÓCIO-CULTURAL**

1. CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: ENF _____
2. GÊNERO: () MASCULINO () FEMININO
3. IDADE: () <18 () 20 a 39 () 40 a 59 () 60 a 79 () > 70
4. PROCEDÊNCIA: _____
5. COR/RAÇA: () Parda () Branca () Mulata () Morena
() Mestiça () Negra () Indígena
6. ESTADO CIVIL
() Solteiro(a) () Casado(a)/ União Estável () Viúvo(a) () Separado(a)
() Divorciado(a)

II – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- O que você entende sobre o câncer?

- O que significa a quimioterapia para você?

- A quimioterapia mudou o seu dia a dia como enfermeiro?

- Como você vê a Assistência de Enfermagem prestada por você?

ANEXOS

ANEXO A: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP)



HOSPITAL OPHIR LOYOLA - HOL

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CUIDADOR FAMILIAR SOBRE A COMUNICAÇÃO EMPREGADA NO ATENDIMENTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM FASE

Pesquisador: SILVIO ÉDER DIAS DA SILVA **Área Temática:** **Versão:** 1 **CAAE:** 48628215.2.3001.5550

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 1.442.346

Apresentação do Projeto:

Diante da difícil tarefa de aceitação e enfrentamento da fase terminal do câncer, a família exerce um importante papel no processo do cuidar, podendo ser considerada como fonte primordial de apoio para o paciente. Nesse sentido, a comunicação constitui um componente essencial do cuidado no fim de vida. Este estudo tem como objetivo identificar as representações sociais dos cuidadores familiares sobre o processo comunicativo que estabelecem com os pacientes em cuidados paliativos oncológicos. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, a qual utiliza como aporte teórico conceitual a Teoria das Representações Sociais criada por Serge Moscovici. A pesquisa se desenvolverá no Hospital Ophir Loyola (HOL), localizado em Belém do Pará. Pretende-se desenvolver o estudo com 30 cuidadores familiares de pacientes com câncer em estágio final. Os critérios de inclusão são: cuidadores maiores de 18 anos, do sexo masculino e feminino, que manifestarão disponibilidade e interesse em participar do estudo após o conhecimento dos objetivos e do termo de consentimento livre e esclarecido. Serão excluídos os cuidadores que apresentarem vínculo com o cuidar ao paciente oncológico terminal há menos de um mês. A coleta de dados será realizada por meio da técnica de entrevista semi-estruturada orientada por um roteiro e na análise do material coletado será empregado a análise de conteúdo. Nos cuidados paliativos, a comunicação representa uma estratégia que permite a expressão de

Endereço: GOVERNADOR MAGALHAES BARATA 523/1075

Bairro: SAO BRAS **UF:** PA **Telefone:** (91)3265-6645

CEP: 66.063-240 **E-mail:** cepophirloyola.pa@gmail.com

Município: BELEM

HOSPITAL OPHIR LOYOLA - HOL

Continuação do Parecer: 1.442.346

angústias, medos, ansiedades e desejos; estimula o paciente e o familiar a verbalizar suas preferências no atendimento, de modo a incorporá-los na tomada de decisões e dessa forma há um fortalecimento do vínculo na tríade paciente/familiar/profissional de saúde. Nessa relação predomina as interações humanas, as quais, pressupõem representações. Isto é, as interações humanas são acontecimentos psicologicamente representados em cada indivíduo, porém as mesmas precisam de ações e reações específicas para serem consideradas como tal, pois do contrário, se limitam a simples trocas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender as representações sociais de cuidadores familiares sobre o processo comunicativo que estabelecem com os pacientes em cuidados paliativos oncológicos e suas implicações para o cuidado do outro. Objetivo Secundário: Descrever as representações sociais dos cuidadores familiares sobre o processo comunicativo que estabelecem com os pacientes em cuidados paliativos oncológicos. Analisar as implicações dessas representações sociais para o cuidado com o outro

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os dados coletados durante as entrevistas serão tratados de forma confidencial, ou seja, em nenhum momento o nome ou qualquer característica do participante será divulgado, de modo a preservar sua identidade. O intuito de manter em anonimato a identificação do participante é afastar os riscos potenciais de exposição e constrangimento do mesmo. Entretanto, caso os riscos se tornem reais, os sujeitos da pesquisa terão seus direitos garantidos. Benefícios: Ao buscar compreender a visão que o cuidador familiar possui sobre como ocorre o processo de comunicação entre a tríade paciente/familiar/profissional de saúde, essa pesquisa poderá contribuir para o enriquecimento da assistência prestada ao paciente oncológico em fase terminal, facilitar a construção de relações interpessoais e expandir o conhecimento científico sobre a temática em questão.

Endereço: GOVERNADOR MAGALHAES BARATA 523/1075

Bairro: SAO BRAS **UF:** PA **Telefone:** (91)3265-6645

CEP: 66.063-240 **E-mail:** cepophirloyola.pa@gmail.com

Município: BELEM

HOSPITAL OPHIR LOYOLA - HOL

Continuação do Parecer: 1.442.346

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se desenvolverá no Hospital Ophir Loyola com coleta de dados a ser realizada por meio da aplicação da técnica de entrevista semi-estruturada orientada por um roteiro que consta no projeto da pesquisa. Durante a coleta as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. Os pesquisadores vão realizar as entrevistas no hospital em uma sala reservada ou na residência do participante da pesquisa conforme escolha do mesmo; a única exigência por parte dos pesquisadores é que o ser cuidado não esteja presente durante a entrevista.

A pesquisa está de acordo com os critérios da resolução CNS 466/12. Há uma divergência no orçamento financeiro pois no pré-projeto o valor é de R\$ 675,00 e no projeto da plataforma o

custo da pesquisa está com valor de R\$ 1000,00, sugiro definir o valor orçamentário real do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com a resolução CNS 466/12.

Recomendações:

Atualizar cronograma da pesquisa; Alterar a palavra sujeito para participante da pesquisa conforme resolução CNS 466/12; Definir o real orçamento financeiro da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Res. CNS 466/12, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais da pesquisa. Nesse sentido, ressaltamos as seguintes atribuições do pesquisador: - Apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;

- Desenvolver o projeto conforme delineado; - Elaborar e apresentar os relatórios parcial (is) e final; - Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

Endereço: GOVERNADOR MAGALHAES BARATA 523/1075

Bairro: SAO BRAS **UF:** PA **Telefone:** (91)3265-6645

CEP: 66.063-240 **E-mail:** cepohirloyola.pa@gmail.com

Município: BELEM

HOSPITAL OPHIR LOYOLA - HOL

Continuação do Parecer: 1.442.346

- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; - Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto e

- Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_487083.pdf	26/08/2015 10:48:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	26/08/2015 10:44:55	SILVIO ÉDER DIAS DA SILVA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_487083.pdf	16/08/2015 14:21:19		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_487083.pdf	13/08/2015 16:33:34		Aceito
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	13/08/2015 16:33:34	SILVIO ÉDER DIAS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE A.pdf	13/08/2015 16:32:39		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_487083.pdf	18/05/2015 13:02:05		Aceito

