

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação

O significado da vivência do câncer para os idosos

Lenícia Cruz Soares

Pelotas, 2010

LENÍCIA CRUZ SOARES

O SIGNIFICADO DA VIVÊNCIA DO CÂNCER PARA OS IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria da Glória Santana

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosani Manfrin Muniz

Pelotas, 2010

Folha de aprovação

Autora: Lenícia Cruz Soares

Título: O significado da vivência do câncer para os idosos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 25/02/2010.

Banca examinadora

Prof^a.Dr^a. Maria da Glória Santana
(Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a.Dr^a. Silvana Sidney Costa Santos
(Titular)
Universidade Federal do Rio Grande

Prof^a. Dr^a. Maria Cecília Lorea Leite
(Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a.Dr^a. Celmira Lange
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Marlene Teda Pelzer
(Suplente)
Universidade Federal do Rio Grande

*Ando devagar porque já tive pressa
Levo esse sorriso porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei
Eu nada sei*

*Conhecer as manhas e as manhãs,
O sabor das massas e das maçãs,
É preciso amor pra poder pulsar,
É preciso paz pra poder sorrir,
É preciso a chuva para florir*

*Penso que cumprir a vida seja simplesmente
Compreender a marcha e ir tocando em frente
Como um velho boiadeiro levando a boiada
Eu vou tocando os dias pela longa estrada eu vou
Estrada eu sou*

*Conhecer as manhas e as manhãs,
O sabor das massas e das maçãs,
É preciso amor pra poder pulsar,
É preciso paz pra poder sorrir,
É preciso a chuva para florir*

*Todo mundo ama um dia
Todo mundo chora
Um dia a gente chega
e no outro vai embora
Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz
De ser feliz*

*Conhecer as manhas e as manhãs
O sabor das massas e das maçãs
É preciso amor pra poder pulsar,
É preciso paz pra poder sorrir,
É preciso a chuva para florir*

*Ando devagar porque já tive pressa
E levo esse sorriso porque já chorei demais
Cada um de nós compõe a sua história,
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz
De ser feliz*

*Tocando em Frente
Almir Sater
Composição: Almir Sater e Renato Teixeira*

Resumo

SOARES, Lenícia Cruz. **O significado da vivência do câncer para os idosos.** Data da sustentação: 25.02.2010. 84f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde (Linha de pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) Maria da Glória Santana. Orientadora. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O envelhecimento populacional brasileiro vem acompanhado do aumento dos riscos de incidência de várias doenças, entre elas, o câncer. Este estudo teve como objetivo conhecer o significado de vivenciar o câncer para as pessoas idosas. Para tanto, utilizou-se uma metodologia qualitativa direcionada pela abordagem fenomenológica. Os sujeitos foram oito idosos em tratamento quimioterápico, com idade média de 67 anos. A coleta de dados ocorreu nos meses de março e abril de 2009, sendo a entrevista semiestruturada o instrumento utilizado. Os discursos foram analisados segundo o referencial fenomenológico existencial, fundamentado em Maurice Merleau-Ponty, a fim de se obter os significados buscados. A análise dos dados resultou em quatro unidades de significados: *ser idoso com câncer; descoberta do câncer para o idoso; reações dos idosos frente aos tratamentos propostos; ambiguidades no enfrentamento do câncer.* Assim, neste estudo, os resultados revelaram que os significados envolvidos na vivência do câncer se traduzem por aceitação, resignação e medo, sendo o conformismo a maneira de enfrentamento mais frequentemente percebida entre os sujeitos, de modo que esta poderia ser considerada como apenas mais uma dentre outras doenças com as quais o idoso convive. Em relação aos tratamentos realizados, os idosos referem sentimentos de apreensão, preocupação e angústia, além de diversos efeitos secundários à quimioterapia, os quais parecem ser tolerados devido à esperança de que sejam curados. Destaca-se ainda a convicção religiosa como uma importante fonte de apoio frente às adversidades da doença, sendo a fé e a esperança necessárias para o equilíbrio de sentimentos antagônicos que emergem no ser com câncer, desvelando o sofrimento que carregam em suas existências em decorrência do conviver com a doença. Ressalta-se, portanto, a pluralidade de sentimentos que permeiam o mundo-vida dos idosos portadores de câncer, o que requer uma maior aproximação a essas pessoas, na tentativa de conhecê-las melhor, a fim de identificar as suas necessidades, possibilitando uma assistência de enfermagem mais humanizada.

Palavras-chave: Câncer; Idoso; Enfermagem.

Abstract

SOARES, Lenícia Cruz. **The meaning of living with cancer for the aged.** Support Date: 2010.02.25. 84p. Dissertation (Master Degree) – Program Graduate Nursing, Area of concentration: Social Practices in Nursing and Health (Research Line: Practice Care in Nursing and Health). Maria da Glória Santana. Guideline. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

The Brazilian population aging is accompanied by the increased risk of many diseases, among them cancer. This study aimed to understand the meaning of the cancer experience for aged people. To this end, we used a qualitative methodology guided by a phenomenological approach. The subjects were eight aged undergoing chemotherapy, with an average age of 67 years. Data collection occurred in March and April 2009, being the semi-structured interview the instrument used. The speeches had been analyzed according to phenomenological existential referential based on Maurice Merleau-Ponty in order to obtain the meanings sought. Data analysis resulted in four units of meaning: *be aged with cancer*; *discovered of the cancer for the aged one*; *aged reactions to proposed treatments*; *ambiguities in coping with cancer*. In this study, the results revealed that the meanings involved in the cancer experience are reflected by acceptance, resignation and fear, being the conformism the way of coping more frequently observed between the subjects, so this could be considered as just one among other diseases with which the aged lives. About the treatments done, the aged relate feelings of apprehension, concern and anguish, and various side effects of chemotherapy, which appear to be tolerated because of the hope they may be healed. In addition, there was a religious belief as an important source of support in the face of adversity of the disease, with faith and hope necessary to balance the conflicting emotions that emerge in people with cancer, unveiling the pain they carry throughout their lives as a result of living with the disease. It should be noted, therefore, the variety of feelings that permeate the life-world of aged cancer patients, what it requires a bigger approach to these people, in the attempt to know them better, to identify their needs, enabling a nursing care more humanized.

Keywords: Cancer, Aged, Nursing.

Lista de Tabelas

Tabela 1	Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa	40
Tabela 2	Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto de pesquisa	41
Tabela 3	Características sociais dos sujeitos da pesquisa	50

Lista de Abreviaturas e Siglas

Doença Crônica Não-Transmissível	DCNT
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Instituto Nacional do Câncer	INCA
Organização Pan-Americana de Saúde	OPAS
Rio Grande do Sul	RS
Sistema Único de Saúde	SUS
Universidade Católica de Pelotas	UCPEL
Universidade Federal de Pelotas	UFPEL
World Health Organization	WHO

Sumário

1	Introdução.....	10
2	Objetivos	15
2.1	Objetivo Geral.....	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	Pressupostos.....	16
4	Revisão de Literatura.....	17
4. 1	Envelhecimento: uma realidade atual	17
4. 2	Refletindo sobre o Câncer.....	22
5	O Referencial Fenomenológico.....	28
5. 1	Alguns aspectos da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty	32
6	Trajetória Metodológica.....	34
6. 1	Tipo de estudo.....	34
6. 2	Local do estudo	35
6. 3	Sujeitos do estudo	35
6. 4	CrITÉrios para a Seleção dos Sujeitos	35
6. 5	Procedimentos para Coleta de Dados	36
6. 6	PrincÍpios Éticos	37
6. 7	Análise dos Dados	38
6. 8	Cronograma.....	40
6. 9	Orçamento	40
7	Referências	42
8	Relatório do Trabalho de Campo	48

9 Artigo 1 - O Fenômeno do Câncer na Vida dos Idosos.....	57
10 Considerações Finais	72
Apêndices	75
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	76
Apêndice B - Instrumento de Pesquisa.....	77
Apêndice C - Diário de Campo	78
Anexos	79
Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	80
Anexo 2 - Normas da Revista Ciência, Cuidado e Saúde	81

1 Introdução

Temos constatado um número cada vez maior de idosos na população brasileira, em decorrência da diminuição dos níveis de fecundidade feminina e, também, devido à redução da mortalidade. Associado a isso, temos, ainda, um aumento da longevidade, com uma maior expectativa de vida.

Esses fatores estão levando a uma rápida transformação da estrutura etária do país, gerando, por conseguinte, novas demandas sociais, além da necessidade de reorganização do sistema de saúde, visto que essa população requer cuidados, devido às doenças crônicas que comumente apresentam, acompanhadas do declínio das funções biológicas.

Em vista disso, o envelhecimento da população é um dos grandes desafios da saúde pública na contemporaneidade. Este fenômeno verificou-se, primeiramente, nos países desenvolvidos, porém, atualmente, vem acontecendo de forma mais acelerada nos países em desenvolvimento. No Brasil, o número de idosos, os quais correspondem aos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, segundo a legislação brasileira, passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002. A cada ano, mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Portanto, temos, atualmente, em torno de 17,6 milhões de idosos. Para o ano de 2050, as estimativas preveem que os indivíduos com 60 anos e mais no mundo serão aproximadamente 2 bilhões, a maioria deles vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Certamente, a longevidade constitui-se uma grande conquista da humanidade, além da melhoria que se observa nas condições gerais de saúde das populações, embora de forma desigual nos diferentes países e contextos sócio-econômicos. Entretanto, se antes o envelhecimento não era a expectativa para a maioria, atualmente, verifica-se que este já é realidade, inclusive para os países em

desenvolvimento, convertendo-se, portanto, em um grande desafio para a sociedade (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Simultaneamente às modificações do perfil demográfico brasileiro, tem-se, ainda, a mudança epidemiológica, caracterizada por uma elevada prevalência de condições crônicas, as quais ocorrem principalmente nesse segmento populacional (CARREIRA, 2007).

Destarte, à medida que parcelas crescentes da população brasileira conseguem atingir idades mais avançadas, aumenta o número de casos de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs), visto que, segundo Imperatori (2009), os idosos apresentam um maior comprometimento de sua saúde e probabilidade de desenvolver determinadas doenças e incapacidades do que pessoas de outros grupos etários.

Complementando, Cruz (2006) pontua que existem fatores genéticos associados às DCNT, que irão incidir sobre o ser humano. Os fatores da genética do envelhecimento e da longevidade, a qualidade de vida e, até mesmo, o tempo de vida também podem desencadear disfunções morfofisiológicas passíveis de provocar doenças relacionadas à idade.

Essas DCNTs, características da idade mais avançada, frequentemente estão associadas (comorbidades), não têm cura e constituem-se em estados permanentes ou de longa permanência que demandam acompanhamento constante.

Apresenta-se, desse modo, um cenário em que a transição demográfica está intimamente relacionada à transição epidemiológica: a queda da taxa de mortalidade repercute nos grupos etários mais jovens; a queda da fecundidade altera a estrutura da pirâmide populacional; o aumento da expectativa de vida expõe os indivíduos a fatores de risco associados às DCNT.

No que se refere ao câncer, sabe-se que, geralmente, é considerado uma das mais temidas DCNT, mesmo apresentando possibilidade de cura, quando diagnosticado precocemente. Como outra DCNT, envolve múltiplos fatores de risco, entre eles os ambientais, o estilo de vida e os genéticos.

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), cerca de 75% das neoplasias ocorrem em indivíduos com mais de 60 anos. O aumento da expectativa de vida não só eleva a exposição do indivíduo aos fatores de risco presentes no meio ambiente e o tempo dessa exposição como, também, o

envelhecimento oferece a oportunidade do surgimento de neoplasias genéticas, que só apareceriam tardiamente (BRASIL, 2002).

O envelhecimento é, portanto, considerado um fator fundamental para o desenvolvimento de câncer. A incidência dessa doença aumenta consideravelmente com a idade, muito provavelmente porque com o avançar dos anos para o indivíduo, se acumulam fatores de risco de tipos específicos de câncer. O acúmulo geral de fatores de risco vem a associar-se com a tendência a uma menor eficácia dos mecanismos de reparação celular no idoso (WHO, 2008b).

Conforme Yamaguchi et al. (2007), o câncer constitui importante causa de mortalidade em todo o mundo, sendo a segunda causa de morte no Brasil, atrás apenas das doenças cardiovasculares.

Estima-se que, em nível mundial, a mortalidade por câncer aumentará em 45% entre 2007 e 2030, quando passará de 7,9 milhões a 11,5 milhões de mortes, devido, em parte, ao crescimento demográfico e ao envelhecimento populacional (WHO, 2008a).

Diante da relevância da temática abordada e tendo em vista que há alguns anos atuo como enfermeira numa unidade oncológica, este estudo surgiu das reflexões de minha prática profissional no cuidado a idosos com câncer no decorrer do processo de seu tratamento.

Tenho observado, no cotidiano de meu trabalho, a expressiva demanda de pacientes idosos que, diariamente, se submetem à quimioterapia consequente ao diagnóstico de câncer. São indivíduos que possuem seus valores e história de vida, assim como suas crenças e temores sobre a doença e o tratamento.

Nesse contexto, é possível perceber que o período que se segue ao diagnóstico de câncer exige uma grande adaptação do indivíduo, bem como das pessoas que estão envolvidas com o paciente. Geralmente, a terapêutica antineoplásica caracteriza-se por ser agressiva e prolongada, ocasionando importantes repercussões nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e espirituais, tanto no paciente quanto naqueles com os quais convive.

Segundo Michelone e Santos (2004), a presença do câncer modifica toda a rotina do indivíduo e pode acarretar em profundas modificações no seu modo de viver. As alterações da integridade físico-emocional por desconforto, dor, desfiguração, dependência e perda da auto-estima são, muitas vezes, referidas por esses pacientes, que percebem a qualidade de suas vidas profundamente

comprometida, num curto período de tempo. Assim, sentimentos como tristeza, raiva, revolta e medo são vivenciados pela maior parte dessas pessoas.

O câncer traz, portanto, um grande impacto emocional e social ao portador e seus familiares e, ainda, está ligado à idéia de dor, sofrimento e morte (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008).

Por isso, pode-se afirmar que o cuidado durante a fase diagnóstica e de tratamento do câncer ultrapassa as questões da assistência médico-hospitalar, pois envolve fatores psicossociais e existenciais, visto que, em nossa sociedade, o câncer ainda suscita um conceito de doença fatal, que compromete o futuro (SILVEIRA, 2005).

Conforme Barbosa e Telles Filho (2008), é preciso que o profissional de saúde proporcione um atendimento de forma integral e individual a cada paciente, identificando e valorizando suas necessidades, relacionadas ao manejo da patologia e à terapêutica proposta.

Dessa forma, sendo a enfermagem responsável pelo cuidado de saúde direto ao ser humano, sua atuação torna-se mais complexa quando direcionada ao portador de neoplasia que necessita de um tratamento considerado agressivo, como a quimioterapia, por exemplo, principalmente em se tratando de idosos. Cabe ao enfermeiro, por conseguinte, fundamentar um plano terapêutico que, além de promover o cuidado físico, também atenda às dificuldades emocionais, a fim de reduzir seus temores e ansiedades, respeitando os valores e os sentimentos dessas pessoas, auxiliando-as a preservar ou reestabelecer sua integridade e autonomia.

Considerando que a população idosa constitui-se em um grupo diferenciado, tanto do ponto de vista das condições sociais, quanto no aspecto dos cuidados necessários à sua saúde e bem-estar, senti a necessidade de compreender o significado de ter câncer sendo uma pessoa idosa. Desse modo, busca-se possibilitar uma assistência de enfermagem mais congruente à esses indivíduos, tendo a preocupação com a qualidade de vida e a consequente individualização da assistência, bem como ampliar a compreensão do fenômeno envelhecer com câncer.

Para tanto, optei por utilizar uma metodologia qualitativa de inspiração fenomenológica, a qual procura dar ênfase à experiência de vida dos sujeitos, auxiliando a compreender e a conhecer um determinado fenômeno em determinado contexto sociocultural, ou seja: experienciar o câncer na velhice.

Portanto, pretendi com esta pesquisa buscar resposta à seguinte questão norteadora:

Qual o significado de vivenciar o câncer para as pessoas idosas?

2 Objetivos

Para responder à questão de pesquisa e amainar minha inquietação sobre este assunto, busquei alcançar os seguintes objetivos:

2.1 Objetivo Geral

Conhecer o significado de vivenciar o câncer para as pessoas idosas.

2.2 Objetivos Específicos

Desvelar o significado atribuído ao câncer na vida dos idosos;

Investigar de que forma o idoso se descobriu como portador de câncer;

Conhecer os sentimentos do idoso quanto à relação entre câncer e velhice.

3 Pressupostos

A pessoa idosa frequentemente vivencia uma condição na qual é confrontada com sua finitude existencial e, com o câncer, isso se intensifica, o que muitas vezes lhe impele a uma reavaliação de vida;

O significado do câncer para os idosos pode estar associado aos sintomas decorrentes da doença e aos efeitos adversos do tratamento;

A percepção do câncer para a pessoa idosa depende da construção de sua história de vida e de sua visão de mundo.

4 Revisão de Literatura

A fundamentação teórica deste estudo foi elaborada tendo como base aspectos do envelhecimento e algumas considerações sobre o câncer.

4. 1 Envelhecimento: uma realidade atual

O envelhecimento populacional corresponde ao aumento da proporção da população de idosos¹ no total da população brasileira, provocado pela queda da fecundidade e aumento da longevidade. Isto se dá em função da diminuição do peso da população jovem no total da população (BELTRÃO; CAMARANO, 2002).

Segundo Camarano (2006), a composição de uma determinada população depende do binômio fecundidade/mortalidade. O envelhecimento populacional ocorre quando a proporção de idosos aumenta, sendo necessário, portanto, que ocorra redução no número de jovens. O crescimento dos idosos na população brasileira é consequência da alta fecundidade no passado, entre 1950 e 1960, e da redução de mortalidade da população idosa.

Vários fatores colaboraram para o surgimento desse fenômeno, entre os quais, cita-se o progresso dos conhecimentos biomédicos sobre os processos de saúde-doença, o advento dos antibióticos e seu impacto no tratamento de doenças infecciosas, as vacinas e o controle e tratamento das doenças transmissíveis, os métodos de prevenção e tratamento de neoplasias e o controle da fecundidade, uma vez que a diminuição no ritmo de nascimentos resulta, em médio prazo, no aumento da população idosa (BRITO, RAMOS, 2002; CALOBRIZI, 2001).

De modo geral, vem se observando um crescimento da população de idosos de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento, embora este contingente

¹ Por população de idosos, definiu-se a população de 60 anos e mais.

ainda seja proporcionalmente inferior ao encontrado nos países desenvolvidos (IBGE, 2002).

De acordo com Freitas (2004), cerca de 60% das pessoas idosas, definidas como aquelas com idade de 60 anos e mais, vivem nos países em desenvolvimento, devendo atingir 75% em 2025.

Em 2008, o Brasil tinha 21 milhões de pessoas com 60 anos e mais, superando a população de idosos de vários países europeus, como a França, a Inglaterra e a Itália. Ainda em 2008, havia 9,4 milhões de pessoas com 70 anos e mais no país, correspondendo a 4,9% da população total. Entre 1998 e 2008, a proporção de idosos aumentou de 8,8% para 11,1%. No estado do Rio Grande do Sul os idosos equivalem a 13,5 % do total da população. Percebe-se que a população idosa no Brasil passa a tomar proporções significativas, mudando consideravelmente o perfil etário até pouco tempo considerado extremamente jovem (IBGE, 2009).

Camarano (2006) acrescenta ainda que, dentro da população de idosos, é marcante o acelerado aumento da parcela dos considerados *mais idosos*, ou seja, aqueles com mais de 80 anos, representando a parcela da população que mais cresce.

De acordo com Carvalho e Rodríguez-Wong (2008), o grupo etário composto por pessoas acima de 65 anos cresceu de 3,1% em 1970, para 5,5% em 2000. No ano de 2050, a população idosa deverá corresponder a aproximadamente 19% da população brasileira.

Constata-se, portanto, as alterações do perfil demográfico brasileiro, cuja estrutura etária – com formato até então extremamente piramidal – começou a modificar-se, anunciando um rápido processo de envelhecimento, o que indica uma distribuição praticamente retangular, no futuro.

Assim, embora a fecundidade ainda seja a principal componente da dinâmica demográfica brasileira, em relação à população idosa, é a longevidade que vem progressivamente definindo seus traços de evolução (IBGE, 2002).

Beltrão e Camarano (2002) assinalam que essas mudanças nas estruturas etárias alteram as demandas por políticas sociais, com ênfase no campo da saúde e com maior peso em doenças crônico-degenerativas.

Desse modo, verifica-se que o envelhecimento acarreta uma importante transformação da realidade social, que exige dos profissionais da saúde um novo

direcionamento das ações em saúde, de forma a atender as necessidades da população idosa, cada vez mais numerosa.

Conforme Carmo, Barreto e Silva Jr. (2003), o aumento da expectativa de vida ao nascer pode ser observado a partir de 1950, quando passou de 45,9 anos, para 68,5 anos em 2000, refletindo o processo de envelhecimento da população, com aumentos contínuos e significativos na proporção de indivíduos com idade superior a 60 anos.

Nesse sentido, Bastos (2008) refere que a expectativa de vida no Brasil atingiu 72 anos em 2005. Já em 2008, conforme dados do IBGE (2009), a esperança média de vida ao nascer, no país, era de 73 anos de idade. Isso faz com que se modifique a direção das pesquisas em saúde e assistência social, anteriormente voltadas para a infância e juventude e atualmente traçando novas diretrizes para as ciências no estudo da maturidade e velhice.

No Rio Grande do Sul (RS), segundo dados provenientes da Contagem da População em 2007, do IBGE, o estado conta com aproximadamente 800 mil idosos (BRASIL, 2008c).

Em Pelotas, de acordo com o Banco de Dados do Instituto Técnico de Pesquisa e Assessoria da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL, 2007), o município conta com mais de 41 mil habitantes com 60 anos de idade e mais, sendo que, destes, mais de cinco mil tem 80 anos de idade e mais. Os idosos representam, portanto, aproximadamente 12% do total da população pelotense.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como:

um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006: 8).

As alterações físicas são os primeiros sinais do envelhecimento, como os cabelos brancos, as rugas da pele, a lentidão do caminhar e a diminuição da atividade física, as quais podem ser aceleradas ou retardadas, dependendo do ritmo e do estilo de vida adotado por cada pessoa (CALDAS, 2004).

Dessa forma, Jeckel Neto e Cunha (2006) observam que, para conhecermos as transformações decorrentes do envelhecimento humano, é necessário concebê-lo como um processo multidimensional. Sob o aspecto biológico, o envelhecimento

caracteriza-se pelas modificações morfológicas e funcionais resultantes das transformações a que o organismo é submetido ao longo da vida. Todavia, nem toda mudança que ocorre em nosso organismo está fundamentalmente associada à idade por si só. Faz-se necessário considerar outros fatores que contribuem para essas modificações, como os ambientais, os radicais livres, as alterações imunológicas, a alimentação e a atividade de cada um.

Para Felipe (2008), entender o processo de envelhecimento é a melhor maneira para conviver e aceitar esse aspecto natural da vida. Essa autora acrescenta, ainda, que a prática regular de exercícios físicos, o acesso a atividades culturais, a preocupação com a espiritualidade, além do monitoramento médico frequente, são alguns dos aspectos que colaboram para a melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, para um envelhecimento mais saudável.

Entretanto, não existe maneira correta de viver a velhice, pois as pessoas envelhecem de diversos modos. O envelhecimento saudável é visto como aquele das pessoas que se reorganizam e que permanecem na luta contra o encolhimento de seu mundo (NOVAES, 2000).

Assim, a velhice apresenta diversas formas de manifestações e representações em nossa realidade. A forma de ser e de vivenciar esta etapa de vida se dá de maneira muito singular, especialmente porque o ser humano é único. Por outro lado, muitos fatores teriam de ser conhecidos para se entender a razão desta singularidade, isto é, a cultura em que está inserido; os hábitos de vida; o enfrentamento das situações do cotidiano; a leitura do mundo, entre tantas outras características (DUARTE et al., 2005).

Sabemos que, embora a velhice e a morte sejam fatores normais durante o processo existencial, nem todas as pessoas conseguem aceitar a questão da temporalidade e as mudanças, bem como a dificuldade em realizar as mesmas coisas e a perda de seu antigo lugar social (NOVAES, 2000).

Associado a isso, o idoso tem sido visto em nossa cultura como uma pessoa improdutiva, ultrapassada, incapaz e, ainda, pouco se tem feito para recuperar sua identidade e elevar sua autoestima. Embora o idoso hoje, mais que antigamente, esteja sujeito a uma reativação mental, participação social, dinamismo e autonomia e existam também mais recursos médicos que minimizam a decadência física e mental, além de mais atividades recreativas e culturais, vivemos numa sociedade oriunda de uma concepção capitalista, consumista e imediatista, onde o modelo

jovem de energia, beleza, produtividade e ativismo ainda imperam e, por isso, o idoso tem mais dificuldade de se afirmar como pessoa e ser social.

Dessa forma, Filho e Netto (2005) afirmam que a sociedade atual tem se caracterizado por uma visão utilitarista do ser humano. Na maioria das vezes, as pessoas são valorizadas pelo critério de *ter* ou de *poder*, mais do que pelo de *ser*. O idoso, muitas vezes improdutivo materialmente e intelectualmente diminuído, corre o risco de ser considerado um indivíduo menos útil e, portanto, menos digno, não só pela sociedade, mas também, infelizmente, pelos próprios profissionais da saúde. Esses autores chamam atenção para a necessidade dos profissionais que atendem aos idosos definirem e defenderem, sempre que necessário, essa dignidade humana presente nos pacientes que, frequentemente, não podem assumir essa mesma defesa.

Nesse contexto, Carreira (2007) acrescenta que, à medida que aumenta a expectativa de vida na maioria dos países, cresce a população de idosos que é mais propensa a doenças crônicas graves, sejam cardiovasculares, respiratórias, neoplásicas ou demenciais, de modo que detectar suas necessidades e manejá-las adequadamente apresenta-se como um desafio para a saúde pública.

Contudo, Ramos (2006) ressalta que um idoso que tenha uma ou mais doenças crônicas pode manter uma vida com bem-estar perfeitamente normal, desde que sejam controladas, que não tenha incapacidades associadas e vivendo integrado socialmente.

Assim, quando se fala em idoso com condição crônica, deve-se evitar partir do pressuposto de que todo idoso seja incapacitado e dependente. Sabe-se que, em sua maioria, esses indivíduos mantêm-se ativos e autônomos. O que não quer dizer que não existam muitas famílias com idosos doentes e fragilizados, que merecem e devem continuar sendo sujeitos de atenção e cuidado, quer seja na área da pesquisa ou na atuação dos serviços de saúde (CARREIRA, 2007).

Segundo Battini, Maciel e Finato (2006), dentro dos limites que o envelhecimento fisiológico impõe, as pessoas agem e pensam como jovens ou como velhos em função do que acontece a elas e do que elas fazem. Sendo assim, indivíduos que tenham condições de se adaptar às novas transformações que o envelhecimento lhes coloca terão, provavelmente, mais condições de serem bem-sucedidos ao envelhecer.

Nesse sentido, a sociedade deve procurar compreender melhor o idoso, evitando pré-julgamentos ou preconceitos e considerando a velhice como uma fase da vida em que a necessidade de ser independente, de amar e de ser amado, de ser respeitado como indivíduo e de viver novas experiências é a mesma de qualquer outra (DUARTE et al., 2005).

Segundo afirmam Ribeiro, Alves e Meira (2009), o envelhecimento não deve ser considerado como uma fase de perdas e incapacidades, visto que, para muitos idosos, é possível manter a sua capacidade funcional. O que importa, na maioria das vezes, é o modo como as pessoas percebem e enfrentam as situações quotidianas e as modificações do envelhecimento, que vai definir se o indivíduo terá uma velhice saudável ou não.

Conforme já mencionado, com o avançar da idade aumenta a propensão ao desenvolvimento de doenças, entre as quais, o câncer. A seguir, abordaremos alguns aspectos sobre essa patologia de elevada prevalência global, que atinge elevadas taxas na população idosa.

4. 2 Refletindo sobre o Câncer

A transição demográfica acarreta a transição epidemiológica, o que significa que o perfil de doenças da população muda de modo radical, pois teremos que aprender a controlar as doenças do idoso, as quais se caracterizam por doenças crônicas, incluindo maior disfunção, dependência e quedas (NASRI, 2008).

As DCNT predominam na idade adulta e sua incidência, prevalência e mortalidade se elevam à medida que aumenta a vida média da população. São caracterizadas por uma evolução lenta e progressiva, por um longo período de latência assintomático, exigindo constante supervisão, observação e cuidado (BRASIL, 2002).

A ocorrência das doenças reflete o modo de viver das pessoas; a forma pela qual o indivíduo se insere em seu espaço social e com ele se relaciona é o que desencadeia o processo patológico e, a partir daí, define diferentes riscos de adoecer e morrer. Os fatores de risco para o câncer, numa determinada população, estão associados às características biológicas e comportamentais dos indivíduos que a compõem, assim como às condições sociais, ambientais, políticas e econômicas em que estão inseridos (MENDONÇA; NORONHA; ALMEIDA, 2006).

De acordo com Duarte, Nogueira-Costa e Viana (2006), a idade é um fator de risco para o desenvolvimento de câncer devido à duração da carcinogênese, à vulnerabilidade dos tecidos do idoso aos carcinógenos ambientais e a outras transformações que favorecem o desenvolvimento e o crescimento de tumores. Sendo assim, embora o câncer ocorra em toda idade, a maioria das neoplasias acomete desproporcionalmente os pacientes idosos.

O termo neoplasia significa, literalmente, crescimento novo. Já o termo tumor foi, originalmente, aplicado ao intumescimento ocasionado pela inflamação. As neoplasias também podem induzir intumescimentos; no entanto, com o transcorrer do tempo, o uso não-neoplásico do termo tumor foi abandonado, de maneira que, na atualidade, o termo é sinônimo de neoplasia (ROBBINS, et al., 2001).

A oncologia (do grego *oncos*, tumor) refere-se ao estudo dos tumores ou neoplasias. A palavra câncer é o termo comum empregado para referir-se a todos os tumores malignos. Apesar das origens antigas desse termo serem um tanto incertas, ele, provavelmente, deriva do latim *cancer*, caranguejo, presumivelmente porque, assim como um caranguejo, a doença também se caracteriza por aderir a qualquer parte, de forma pertinaz (ROBBINS, et al., 2001).

Conforme documentos do INCA, câncer é o nome genérico dado a um amplo grupo de doenças, caracterizadas pelo crescimento desordenado de células, as quais podem dividir-se rapidamente, sendo muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas. Essas células invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo, dando origem às metástases (BRASIL, 2008b).

Segundo Goldman e Bennett (2001), o câncer descreve uma classe de doenças caracterizadas pelo crescimento descontrolado de células aberrantes. Os cânceres matam em consequência da invasão destrutiva de órgãos normais, por extensão direta e disseminação para locais distantes através do sangue, linfa ou superfícies serosas. O comportamento clínico anormal das células cancerosas é, frequentemente, refletido por aberrações biológicas, como mutações genéticas, translocações cromossômicas, expressão de características fetais ou outras características antológicas discordantes, bem como pela secreção inapropriada de hormônios ou enzimas. Todos os cânceres invadem ou sofrem metástase, porém, cada tipo específico exibe características biológicas e clínicas singulares, que têm

de ser avaliadas para a abordagem apropriada do seu estudo, diagnóstico e tratamento.

As metástases são implantes tumorais sem continuidade com o tumor primário. A metástase caracteriza de forma inequívoca um tumor como maligno, uma vez que as neoplasias benignas não sofrem metástase. A invasividade dos cânceres lhes permite penetrar nos vasos sanguíneos, nos linfáticos e nas cavidades corporais, criando a oportunidade para a disseminação. Em geral, quanto mais agressiva, de crescimento rápido e volumoso, for a neoplasia primária, maior será a probabilidade de vir a sofrer metástase (ROBBINS, et al., 2001).

A incidência do câncer aumenta no Brasil, assim como em todo o mundo, acompanhando o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida. É uma consequência direta das grandes transformações globais das últimas décadas, que alteraram a situação de saúde dos povos pela urbanização acelerada, novos estilos de vida e novos padrões de consumo (MENDONÇA; NORONHA; ALMEIDA, 2006).

Segundo dados do INCA, as estimativas para o ano de 2010 apontam para a ocorrência de 489.270 novos casos de câncer no Brasil, sendo os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não-melanoma, os cânceres de próstata e de pulmão, no sexo masculino, e os cânceres de mama e do colo do útero, no sexo feminino. O estudo destaca, também, que as regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas esperadas de casos novos de câncer, refletindo as heterogeneidades regionais (BRASIL, 2009).

Importante causa de doença e morte no Brasil, as neoplasias malignas constituem-se na segunda causa de morte da população e ocupa um lugar de destaque no contexto das DCNT, com mais de doze milhões de casos novos e sete milhões de mortes, por ano, no mundo (BRASIL, 2009). O câncer configura-se, portanto, em uma doença de alta prevalência global, apresentando importante aumento da mortalidade na população idosa (BRASIL, 2010).

Entretanto, o aumento da mortalidade proporcional por câncer não se deve, necessariamente, ao aumento real da doença. Os avanços científicos e tecnológicos possibilitaram a melhoria dos meios de diagnóstico e de tratamento, os quais, aliados ao desenvolvimento socioeconômico, contribuíram para o declínio da mortalidade por enfermidades controláveis, como a tuberculose, a desnutrição, o diabetes e outras afecções, em várias regiões do mundo. Assim, a mortalidade dos

que resistem a essas doenças é desviada para os dois principais grupos das que ainda não foram controladas: as doenças cardiovasculares e as neoplásicas. Dessa maneira, a importância do câncer vem aumentando, na medida em que ocorre o controle progressivo de outras enfermidades (BRASIL, 2002).

Além disso, a relação morbidade/mortalidade ainda é desproporcional devido às medidas de prevenção serem insuficientes. Associado a esse fato, o diagnóstico do câncer frequentemente ocorre tardiamente e, muitas vezes, malfeito, sendo a orientação terapêutica nem sempre adequada (GOMES, 1997).

Nesse sentido, Duarte, Nogueira-Costa e Viana (2006) advertem que, com o crescimento da população e o prolongamento de sua sobrevivência, o câncer tem se tornado um problema de saúde pública cada vez mais preocupante, requerendo medidas preventivas e de detecção precoce, assim como o aprimoramento da terapia do paciente idoso.

O INCA (2009), por sua vez, reafirma a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer, nos diferentes níveis de atuação, tais como: na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência aos pacientes, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do Sistema Único de Saúde.

Por outro lado, em se tratando de idosos, observa-se que, em muitos casos, o diagnóstico do câncer é dificultado por ser uma doença cujos sintomas comumente são discretos (como, por exemplo, fadiga, inapetência e dor articular) e não ser tão diferente de outras doenças preexistentes ou crônicas. Pode estar, ainda, relacionado às alterações da idade, dificultando, desse modo, o diagnóstico médico.

Diante do exposto, considerando o fato de que os pacientes idosos portadores de câncer geralmente apresentam comorbidades, reserva fisiológica restrita, limitações funcionais, incapacidades físicas e outros agravos próprios da idade, as decisões terapêuticas podem ser complexas, exigindo maior conhecimento e domínio da farmacologia das drogas antineoplásicas e de agentes biológicos a serem empregados, assim como de seus efeitos adversos, a curto e a longo prazo. Em função disso, aparentemente, os benefícios da terapêutica antitumoral estão reduzidos e os riscos aumentados no paciente idoso. O tratamento, nesse paciente, deve ter em vista a maximização dos benefícios terapêuticos e a minimização de seus efeitos adversos (DUARTE; NOGUEIRA-COSTA; VIANA, 2006).

Entre os tratamentos possíveis para o câncer, estão a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a terapia com modificadores das respostas biológicas (SMELTZER; BARE, 2009).

De acordo com Pollock et al. (2006), a maioria das formas de tratamento do câncer tem como foco principal a doença e não o paciente, ou seja, não levam em consideração suas percepções subjetivas, como a qualidade de vida, visto que, por ser uma doença crônica, os benefícios do tratamento são, em geral, difíceis de definir em razão dos inúmeros efeitos colaterais que podem ocorrer.

Contudo, Nucci (2003) salienta que a escolha da terapia a ser utilizada é definida de acordo com o tipo de tumor, seu comportamento biológico, localização, extensão da doença, idade e condições gerais do paciente, ou seja, as possibilidades terapêuticas podem ser utilizadas de forma individual ou em combinação entre si.

Percebe-se, de tal modo, que o câncer e seu tratamento costumam apresentar desafios de adaptação significativos para os idosos (WANDERBROOKE; MIKOSKI; KLAS, 2002) e, apesar do avanço científico, tanto curativo quanto preventivo, o diagnóstico de câncer ainda está associado à idéia de sofrimento e morte (CYRILLO; PAZZOTO, 2000). Este fato, por si só, é gerador de reações emocionais peculiares que devem ser levadas em consideração (CARVALHO, 2003).

Conforme Anjos e Zago (2006), o diagnóstico de câncer tem significativo impacto social para a vida do paciente. A pessoa que o recebe passa por vários níveis de estresse e angústia, que podem incluir sentimentos de incredulidade e rejeição da doença ou de desespero. O medo da morte, a interrupção de planos futuros, as mudanças físicas e psíquicas, as alterações do papel social e do estilo de vida, bem como as preocupações financeiras e legais, são assuntos importantes para qualquer pessoa com câncer.

Essa é uma das doenças que apresenta maior impacto psicológico, uma vez que remete não apenas à possibilidade da morte, mas, também, é temida pela sua aproximação progressiva e dolorosa e pela mutilação natural ou pós-terapêutica que, muitas vezes, acarreta. É a percepção da incurabilidade do câncer, assim como o temor da terapêutica radical e a imagem das alterações corpóreas causadas pelo tratamento oncológico que ocasionam o terror (POLLOCK et al., 2006). Os pacientes temem os efeitos secundários da própria doença ou mesmo da terapia realizada, os

quais podem afetar a sua imagem corporal, como as cirurgias mutilatórias, as marcas e as queimaduras em decorrência da radioterapia; a alopecia, os distúrbios nutricionais causados pelas náuseas e vômitos secundários à quimioterapia, levando ao emagrecimento, entre outros (SMELTZER; BARE, 2009).

Wanderbrooke, Mikoski e Klas (2002) complementam, declarando que um outro aspecto importante do tratamento refere-se à influência de reações psicológicas do idoso frente ao diagnóstico e as decorrências do câncer, uma vez que as diversas possibilidades terapêuticas, bem como a dor causada pelo câncer, geram diferentes níveis de estresse, além de fatores psicossociais capazes de influenciar o câncer.

Segundo Brunherotti (2007), o impacto causado pelo câncer e sua terapêutica é sentido pelos pacientes como uma ameaça à sua vida e a maioria sofre de ansiedade e depressão, atingindo também sua família.

Cada paciente reage de uma forma própria, para enfrentar sua doença e tratamento, de acordo com suas crenças e costumes. Habitualmente, os sentimentos que afloram nos pacientes oncológicos são o medo, a tristeza, a possibilidade de perda do controle sobre sua vida, a incerteza da cura, a insegurança quanto ao tratamento e o temor da recidiva (FONTES; ALVIM, 2008).

Entendemos, assim, porque o diagnóstico de câncer pode ter um efeito arrasador sobre o indivíduo, especialmente em se tratando de idosos, tendo em vista os estigmas que o envolvem, como a ideia popular de dor, sofrimento, incurabilidade e fatalismo.

5 O Referencial Fenomenológico

A fenomenologia se apresenta como um dos caminhos metodológicos para a pesquisa em enfermagem, na medida em que permite ao pesquisador desvelar o fenômeno interrogado, a partir do mundo-vida dos sujeitos que vivenciam o fenômeno em questão.

Dessa forma, a escolha do referencial fenomenológico para este trabalho se deu porque o que se busca na pesquisa fenomenológica são os significados que os sujeitos atribuem à sua experiência vivida, significados esses que se revelam a partir das descrições desses sujeitos.

A fenomenologia teve sua origem na Filosofia de Edmund Husserl e, entre seus seguidores, podemos citar Heidegger, Jaspers, Sartre e Merleau-Ponty. Husserl estava interessado em estudar a intencionalidade e como ela integra a consciência e o objeto. Para ele, a intencionalidade é o ato de dar um significado, um sentido, encontrar uma referência de ligação, o elo entre o ser e a realidade, o que ocorre na consciência do indivíduo. O fenômeno integra a consciência e a realidade, e a fenomenologia pretende estudar como o indivíduo percebe o fenômeno. Se o fenômeno integra a consciência do indivíduo e a realidade (mundo exterior), a fenomenologia está interessada em saber também como o indivíduo se percebe (SILVA, 2004).

Bicudo e Esposito (2006) explicam que o fenômeno refere-se a qualquer coisa que se faça presente, seja ela um ruído, um perfume, uma lembrança, qualidade ou atributo que, ao ser experienciada, passa a ser descrita por aquele que a vivenciou.

Para Husserl, a tarefa da filosofia é a pesquisa, exame e descrição do fenômeno, como conteúdo da consciência. Trata-se de uma mudança radical de sentido na orientação filosófica, antes voltada para as coisas, para o mundo exterior, e que com ele passou a interessar-se pela consciência, pelo mundo interior. A

fenomenologia se prende, por meio da atitude reflexiva, nesses fenômenos ou estados da consciência e prescinde da realidade exterior das coisas, ou, como diz Husserl, coloca-se entre parênteses. É o que ele chama de *epokhé*, ou seja, o ato de liberar a atenção do exterior para que ela se detenha na análise da vivência ou experiência pura. Ao voltar-se para o conteúdo ou para o fenômeno existente na consciência, a fenomenologia encontrou um objeto que a capacita a transformar-se em ciência autêntica, como pretendia seu fundador. Esse conteúdo é antes suscetível de descrição do que de medida. Fazer tal descrição é a tarefa dessa filosofia (ENCICLOPÉDIA DE FILOSOFIA, 2008).

Assim, na pesquisa fenomenológica, o que se busca são os significados que os sujeitos atribuem à experiência vivida, que se revelam a partir de suas descrições. Contudo, para que o pesquisador chegue ao mundo-vida dos indivíduos, deve colocar em suspenso seus juízos e opiniões, desprovido de teorias, pressupostos ou idéias preconcebidas, sem explicação causal, a fim de desvelar o fenômeno, elucidar as essências. Cabe destacar que a fenomenologia não tem a pretensão de apreender a verdade e, sim, verdades que são temporais do sujeito que experiencia o mundo (CAPALBO, 1984).

De acordo com Bicudo e Esposito (2006), o pensar fenomenológico tem se transformado continuamente, conforme o tema interrogado e o pesquisador que interroga. Ainda segundo essas autoras, a fenomenologia é um pensar a realidade de modo rigoroso; o que a caracteriza não é ser ou procurar ser esse pensar e, sim, o modo pelo qual age para atingir essa meta.

A proposta de Husserl é que, no estudo das nossas vivências, dos nossos estados de consciência, desse fenômeno que é estar consciente de algo, não devemos nos preocupar se ele corresponde ou não a objetos do mundo externo à nossa mente. O interesse, para a Fenomenologia, não é o mundo que existe, mas o modo como o conhecimento do mundo se dá para cada pessoa. Dessa forma, a redução fenomenológica requer a suspensão das atitudes, crenças, teorias, e colocar em suspenso o conhecimento das coisas do mundo exterior, a fim de concentrar-se, exclusivamente, na experiência em foco, porque esta é a realidade para a pessoa (COBRA, 2008).

Dartigues (2003) explica que, etimologicamente, a fenomenologia (do grego *phainesthai*, aquilo que se apresenta ou que se mostra, e *logos*, explicação, estudo) é o estudo ou a ciência do fenômeno e, de acordo com Silva (2004), tem como

fundamento básico as percepções do indivíduo e os significados atribuídos a essas percepções.

A partir daí, pode-se dizer que a fenomenologia tem como objeto de estudo o próprio fenômeno, isto é, as coisas em si mesmas e não o que é dito sobre elas, de modo que a investigação fenomenológica busca a consciência do sujeito através da expressão das suas experiências internas. A fenomenologia busca a interpretação do mundo através da consciência do sujeito, formulada com base em suas experiências.

Gil (2008: 32) acrescenta que o método fenomenológico fundamenta-se na regra: “avançar para as próprias coisas”. Por coisa entende-se, simplesmente, o dado, o fenômeno, aquilo que é visto diante da consciência. Portanto, a fenomenologia não se preocupa com algo desconhecido, que se encontre atrás do fenômeno; só lhe interessa o dado, sem querer decidir se este dado é uma realidade ou uma aparência: independentemente, a coisa está aí. Esse autor complementa ainda que, para o referencial fenomenológico, a realidade é entendida como o que emerge da intencionalidade da consciência voltada para o fenômeno; é o compreendido, o interpretado, o comunicado, de forma que não há apenas uma realidade, mas tantas quantas forem suas interpretações e comunicações.

A fenomenologia tem seu foco de interesse na descrição e em ir às coisas mesmas, não se preocupando com a explicação ou análise. É um método intuitivo e descritivo, que se propõe a descrever a estrutura total da experiência vivida, abrangendo o significado que esta tem para as pessoas que a vivenciam. Seu objetivo é descrever o fenômeno em sua essência (SCHNEIDER, 1994).

A fenomenologia busca, assim, descrever a experiência tal como ela é, sem considerar sua gênese psicológica e as explicações causais que os especialistas podem dar. Para isso, orienta-se ao que é dado diretamente à consciência, excluindo tudo aquilo que pode modificá-la, como o subjetivo do pesquisador e o objetivo que não é dado realmente no fenômeno considerado (GIL, 2008).

Para a fenomenologia, um objeto é como o sujeito o percebe e tudo tem que ser estudado tal como é para o sujeito e sem interferência de qualquer regra de observação, pois tendo como objeto de estudo o fenômeno em si, estuda-se, literalmente, o que aparece. Para a fenomenologia, um objeto, uma sensação, uma recordação, um sentimento, enfim, tudo tem que ser estudado tal como é para o indivíduo. O intuito é deixar que as coisas se manifestem como realmente são, sem

que projetemos nelas as nossas próprias crenças. O pesquisador deve tentar ir ao encontro do mundo-vida dos sujeitos, livre de preconceitos.

Santana (2000) explica que a fenomenologia tenta definir uma visão do homem de forma única e indivisível. Ela busca compreender a relação do vivido, consciência e existência, em sua concretude, através da explicitação, descrição e compreensão desse fenômeno homem-mundo, em suas diversas manifestações de sentido, na trama constitutiva da existência, em todas as suas dimensões.

Dessa forma, através da descrição da realidade, o pesquisador coloca como ponto de partida de sua reflexão o próprio ser humano, buscando o que é que se passa, efetivamente, do ponto de vista daquele que experiencia uma situação concreta.

Em vista disso, na área da saúde e, em especial, na enfermagem, a fenomenologia ocupa uma importante posição, no desejo dos investigadores em encontrar o sentido existencial da doença, da saúde, do sofrimento (LEOPARDI, 2006). Isso ocorre, principalmente, porque:

[...] acreditamos na pertinência do desafio de se buscar apreender a forma como as pessoas sentem, pensam, interagem no cotidiano, em especial nos variados contextos trazidos pelos seres humanos cuidados em enfermagem. Desta forma, a fenomenologia representa um método adequado ao estudo de fenômenos que requerem um outro “modo de ver, de olhar” para além das concepções objetivistas legadas pelo pensamento oriundo pela ciência tradicional (TERRA et al., 2006: 674-5)

Desse modo, segundo Gomes et al. (2008), é possível compreender o ser que se revela à consciência, numa atitude dialogal e de acolhimento do outro em suas opiniões, suas ideias e seus sentimentos, possibilitando situar-se na perspectiva do outro, para compreender e ver como o outro vê, sente ou pensa. Para essa autora, a atitude fenomenológica caracteriza-se como compreensiva e interpretativa, pois considera a intersubjetividade e o respeito ao ser humano, a partir de necessidades, significados e sentidos, assim como as várias maneiras de lidar com o fenômeno saúde/doença na vida cotidiana.

Nesse sentido, a abordagem fenomenológica tem sido empregada em diversos trabalhos desenvolvidos na área da Enfermagem, trazendo contribuições significativas não somente para a práxis da profissão, mas, sobretudo, à construção do conhecimento como disciplina. O pesquisador fenomenológico acredita que as experiências vividas dêem significado à percepção de cada pessoa sobre um fenômeno particular, sendo a meta da pesquisa fenomenológica descrever a

experiência totalmente vivida e as percepções que ela faz surgir, favorecendo grandemente o conhecimento das múltiplas dimensões que envolvem o cuidado no processo de viver humano (TERRA et al., 2006).

Por isso, optamos pelo referencial fenomenológico de Merleau-Ponty para este estudo, por acreditarmos que nele está contida a possibilidade de percebermos o fenômeno do ser idoso portador de câncer. Buscamos, com essa abordagem, lançar um novo olhar sobre a prática da Enfermagem, ampliando o nosso entender a respeito do ser humano de que cuidamos.

5. 1 Alguns aspectos da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty

A fenomenologia, para Maurice Merleau-Ponty (1999), é o estudo das essências na existência, como por exemplo: a essência da percepção, a essência da consciência, sendo também uma filosofia que repõe as essências na existência e que busca a compreensão do homem e do mundo a partir de sua facticidade (o mundo vivido). Ela é a descrição direta de nossa experiência tal como ela é vivida. Segundo este filósofo, a fenomenologia não vê o homem separado do mundo, mas busca focalizar a forma pela qual o mundo se apresenta para o homem. Assim, o mundo pode ser considerado como fenômeno, como ele se mostra ao homem.

Conforme Merleau-Ponty (1999), a fenomenologia baseia-se na descrição, ao retorno às coisas mesmas, compreende o relato do espaço, do tempo, do mundo vividos, de modo que a unidade e o verdadeiro sentido da fenomenologia só podem ser encontrados dentro do próprio indivíduo. Tudo o que sabemos do mundo, mesmo pela ciência, sabemos a partir de uma visão própria ou de uma experiência do mundo, sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada. A essência de um fenômeno está contida na existência, a essência da consciência é dar-se a um mundo ou mundos, isto é, fazer dela mesma os seus próprios pensamentos enquanto coisas.

A fenomenologia é uma filosofia transcendental, que põe em suspenso as afirmações da atitude natural para compreendê-las e para a qual o mundo já está sempre “ali”, anterior à reflexão, como uma presença inalienável (MERLEAU-PONTY, 1999).

Um importante aspecto da fenomenologia, segundo o pensamento de Merleau-Ponty, é de que é através do corpo que o indivíduo percebe e se relaciona com o mundo ao redor, de modo que o corpo não é apenas objeto, mas uma teia de funções ligadas aos sentidos e às emoções. É por meio dele que o homem expressa a compreensão em relação ao mundo percebido, o qual pode revelar múltiplas possibilidades de interpretação (MERLEAU-PONTY, 1999).

De acordo com Merleau-Ponty (1999), o homem existe no mundo através de seu corpo, habitando um tempo e um espaço. Ele é fonte de sentidos e significação, pois é dele que percebemos as coisas ao redor. A percepção se dá através das experiências vividas no mundo.

Assim, o corpo é considerado como um objeto cuja história é resultado das relações que ele mantém com o mundo objetivo.

Para Merleau-Ponty (1999), o corpo vivido é o veículo do ser e do estar no mundo; desse modo, é preciso compreender o corpo como um objeto sensível a todos os outros; é pela percepção que os sentidos se comunicam, num sistema sinérgico, que possibilita a compreensão e o significado do ser no mundo.

Esse filósofo entende o corpo como o modo de ser e de estar no mundo, como um meio de comunicar-se com ele pela percepção das coisas, de maneira que o corpo torna-se um conjunto de significados percebidos, vividos e sentidos através do corpo estando no mundo.

O corpo, portanto, é um objeto do mundo, que tem sua origem a partir da experiência vivida. É nesse corpo que o significado do vivido se manifesta e é por meio dele que compreendemos o outro e percebemos o mundo; é pelo corpo que entramos em contato com os outros.

Entendemos, dessa forma, que o corpo é a totalidade daquilo que o ser humano percebe, sente, vive em relação ao significado que está associado a essas vivências. É nesse contexto de significados que o corpo existe. Logo, o corpo é existência com significado totalmente vinculado ao já vivido e ao que se está vivendo.

6 Trajetória Metodológica

Neste capítulo, será abordada a caracterização da pesquisa, a descrição do local de estudo, a seleção dos sujeitos, os princípios éticos envolvidos na pesquisa, os procedimentos para a coleta de dados, o modo como os dados foram analisados, bem como o cronograma e o orçamento para a realização deste trabalho.

6. 1 Tipo de estudo

Para este estudo, optamos por utilizar uma metodologia qualitativa direcionada pela abordagem fenomenológica. A pesquisa qualitativa busca compreender o fenômeno, independentemente de uma base lógica matemática, de medidas, na qual não há necessidade de medir veracidade e, sim, de, ao aproximar-se do fenômeno, desvelá-lo para compreendê-lo. Já a fenomenologia dá conta de compreender situações subjetivas relativas aos significados humanos atribuídos aos seus sentimentos.

Para Fonseca (2004), os estudos qualitativos de inspiração fenomenológica podem ser escolhidos quando se pretende dar ênfase à experiência de vida dos sujeitos, pois ajudam a compreender e a conhecer os fenômenos sociais.

Santana (2000) explica que a fenomenologia é uma abordagem descritiva de pesquisa, na qual uma de suas tarefas, como método, é investigar e descrever os fenômenos, incluindo a experiência humana na sua forma natural de ser.

Em estudos dessa natureza, o fenômeno é algum tipo de experiência vivida, comum aos sujeitos participantes, como por exemplo: experienciar o câncer na velhice.

Assim, o objetivo da investigação fenomenológica é coletar descrições ou depoimentos dos sujeitos sobre as suas experiências e ir em busca da essência do fenômeno individual, através das descrições obtidas (MARTINS; BICUDO, 2005).

6. 2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Oncologia de um hospital de ensino de médio porte, público, de caráter filantrópico, o qual atende internações exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em uma cidade da região sul do Rio Grande do Sul (RS).

A referida unidade funciona em regime ambulatorial, porém, também presta assistência a clientes oncológicos internados no hospital. Conta com uma equipe multidisciplinar, composta por enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem, farmacêutico bioquímico, assistente social, médico clínico geral, médico oncologista, psicólogo, além de suporte do serviço de nutrição quando solicitado, servindo como referência para outros municípios da região.

O atendimento no setor de Quimioterapia dessa unidade é realizado de segunda a sexta-feira, das 07h às 19h, sendo recebidos, aproximadamente, 30 pacientes por dia, com diversas patologias e variados graus de estadiamento, representando uma grande diversidade de esquemas terapêuticos.

Consideramos interessante informar que no mês de março de 2009 foram atendidos, pelo Serviço de Oncologia, 951 pacientes, dos quais 594 eram idosos, o que representa 62,5% do número total de pacientes.

6. 3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram oito idosos em tratamento quimioterápico.

O número de pacientes atendidos, por turno, na unidade onde foi realizada a pesquisa é, em média, dezesseis. Destes, o número de pacientes idosos, em determinado dia, foi oito.

Assim, a amostra da pesquisa foi delimitada em oito sujeitos, os quais foram identificados por nomes próprios escolhidos por eles, seguidos da idade.

6. 4 Critérios para a Seleção dos Sujeitos

Na modalidade fenomenológica de pesquisa, os sujeitos são escolhidos em função de suas características, as quais devem se identificar com as intenções e os interesses da pesquisa, já que a preocupação se dirige para aquilo que os sujeitos vivenciam (FONSECA, 2004).

Assim, para participar deste estudo, os sujeitos foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios:

- Ter 60 anos de idade e mais;
- Possuir diagnóstico de câncer e ser usuário do serviço de quimioterapia de um hospital de ensino;
- Ter conhecimento do seu diagnóstico de câncer;
- Residir no perímetro urbano do município;
- Permitir a utilização de gravador durante a(s) entrevista(s);
- Concordar com a apresentação e divulgação dos resultados nos meios acadêmicos e científicos;
- Serem os oito primeiros sujeitos convidados que aceitem participar do estudo.

6. 5 Procedimentos para Coleta de Dados

Após a aprovação do presente projeto pela instituição hospitalar onde o estudo foi desenvolvido, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas/UFPEL (Anexo 1), entramos em contato com os pacientes oncológicos que realizavam tratamento no setor de Quimioterapia, selecionados a partir dos critérios previamente estabelecidos, apresentando o projeto de pesquisa, seus objetivos e a solicitação para participação. Mediante o aceite, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o qual foi assinado pelo participante e pela autora da pesquisa, ficando uma cópia com cada um.

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2009, por meio de entrevista semi-estruturada (Apêndice B), realizada individualmente e com o uso de gravador. Triviños (1998) sugere que as entrevistas sejam gravadas para se ter disponível todo o material fornecido pelo informante.

A entrevista é a técnica mais utilizada no processo de coleta de dados sobre um determinado tema científico, através da qual os pesquisadores buscam obter informações, ou seja, coletar dados objetivos e subjetivos.

A entrevista é um modo de interação social, é um diálogo no qual uma das partes procura colher dados e a outra se apresenta como fonte de informação. É uma técnica apropriada para obter informações sobre o que os sujeitos sabem, creem, sentem, esperam ou desejam. Entre as vantagens de seu uso está a

possibilidade de aquisição de dados relativos aos mais distintos aspectos da vida social, a eficiência na obtenção de dados em profundidade em relação ao comportamento humano, além de permitir a classificação e quantificação dos dados obtidos (GIL, 2008).

Triviños (1998) afirma que, para alguns tipos de pesquisa qualitativa, a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que o investigador tem para proceder à coleta de dados, porque esta, ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos que interessam à pesquisa, e que, a partir daí, oferecem amplo campo de interrogativas, que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desse modo, permite aos sujeitos seguir espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador e a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1998).

Ainda, lançamos mão de um diário de campo (Apêndice C), no qual fizemos anotações que, de acordo com Triviños (1998), compreendem as descrições de fenômenos sociais e físicos, explicações levantadas sobre as mesmas e a compreensão da totalidade da situação em estudo. Elas ainda podem ser entendidas, mais especificamente, como todas as observações e reflexões iniciais que realizamos sobre expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as, para então fazermos comentários críticos sobre as mesmas.

As anotações de campo também são utilizadas para registrar as percepções do investigador que surjam em face da observação dos fenômenos, podendo se constituir nas primeiras buscas espontâneas de significados, as primeiras expressões de explicações.

6. 6 Princípios Éticos

Aos sujeitos que concordaram em participar deste estudo foi garantido o anonimato, o sigilo e respeitadas a privacidade e a liberdade de desistirem do mesmo em qualquer momento, bem como o livre acesso aos dados, quando de seu interesse.

Os princípios éticos estiveram presentes em todas as etapas da pesquisa e basearam-se no cap. III, artigos 89, 90, 91, 94 e 98 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007)¹, bem como na Resolução nº. 196/96² do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2008a), que trata das pesquisas envolvendo seres humanos.

6. 7 Análise dos Dados

Para Triviños (1998), não é possível avaliar as informações do modo como elas se apresentam. É preciso organizá-las, classificá-las e, sobretudo, interpretá-las dentro de um contexto amplo, para distinguir o essencial do desnecessário, buscar as explicações e significados.

Desse modo, após a realização das entrevistas, os depoimentos foram transcritos integralmente e examinados através de repetidas leituras, para possibilitar a reflexão, a apreensão das essências e interpretações sobre o fenômeno do câncer na vivência de idosos.

Na análise fenomenológica dos discursos, devem-se suspender todos os pressupostos, teorias ou crenças sobre o objeto estudado (*époché*) e proceder à interpretação mais imediata de sua manifestação, a fim de permitir o encontro do pesquisador com o fenômeno (BICUDO; ESPOSITO, 2006).

Bruns (2000) refere que a pesquisa fenomenológica dirige-se para os significados sobre as percepções que os sujeitos têm acerca da vivência de um fenômeno, no caso, a vivência do câncer. O que se constitui, então, são os aspectos estruturais, invariantes, os padrões que se repetem do fenômeno.

Conforme Bicudo e Esposito (2006), buscam-se os significados dos eventos vividos pelos sujeitos da pesquisa, obtidos através de expressões claras sobre as

¹ Cap. III (responsabilidades e deveres): artigo 89 – Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; artigo 90 – Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; artigo 91 – Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. (proibições): artigo 94 – Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; artigo 98 – Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

² Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

percepções que o sujeito tem daquilo que está sendo investigado. Os dados são, pois, as situações vividas pelos sujeitos, que são tematizadas por eles, conscientemente, nas descrições que faz.

Assim, para analisar as descrições e para a obtenção dos significados buscados, segundo o objetivo proposto neste trabalho, percorremos as etapas propostas por Martins e Bicudo (2005) e por Bicudo e Esposito (2006), apresentadas a seguir, a fim de proceder à análise dos dados e obter os significados buscados.

Primeiramente, realizamos a leitura das descrições como um todo, sem procurar destacar nenhuma unidade ou atributo, a fim de chegar ao sentido mais geral do que está sendo descrito. Depois de *apreender um sentido*, lemos novamente o texto, quantas vezes foram necessárias, tentando detectar unidades de significado dentro da perspectiva do idoso que vivencia o câncer, deixando de lado o que é secundário para ficar com o principal, sempre focalizando o fenômeno que está sendo pesquisado.

Alguns pesquisadores denominam esse agrupamento de *categoria*. Não existem diretrizes específicas nessa identificação, podendo ser uma frase, um parágrafo, uma palavra. É nesse momento que se apreendem as *unidades de significados*. Obviamente, a apreensão das unidades de significados ocorre segundo o foco de cada pesquisador com relação ao fenômeno buscado.

Após a obtenção das unidades de significado, procuramos expressar o significado contido nelas. As unidades de significados obtidas passam para a fase de síntese – uma nova leitura do fenômeno. Nessa síntese, integramos os *insights* contidos nas unidades de significados transformados em uma descrição consistente da *estrutura do fenômeno*. Através dessa dinâmica, procuramos chegar à essência do fenômeno.

O próximo momento é o da interpretação, ou seja, as generalizações feitas a partir das convergências das unidades de significado que, entretanto, permanecem abertas a novas interpretações. Esta interpretação não é conclusiva, pois não há conclusão na pesquisa fenomenológica, visto que o fenômeno é perspectival¹.

¹ De acordo com Bicudo e Esposito (2006), o fenômeno apresenta um caráter perspectival no sentido de que ele se mostra a quem o percebe de acordo com a percepção humana, com a subjetividade de cada pesquisador. Pode-se dizer, por isso, que o fenômeno nunca se apresenta na sua dimensão total, o que seria uma abstração; é a convergência de várias perspectivas que possibilita perceber a estrutura do fenômeno.

É importante destacar que cada pesquisador tem perspectivas, propósitos, experiências anteriores, valores e maneiras de ver a realidade e o mundo, de forma que, ao interagir com o objeto pesquisado, orienta o seu foco de atenção para problemas específicos, determinadas mensagens, aspectos particulares.

Todavia, buscamos sempre relacionar o material coletado com o referencial do estudo, para a compreensão do objeto focalizado. Em todos os momentos, os dados precisaram ser examinados, questionados amplamente, de modo a ajudar a manter o foco de atenção no todo, sem perder de vista a multiplicidade de sentidos que pudessem estar implícitos no material.

Assim, o idoso que vivencia o câncer foi se mostrando no seu momento existencial, revelando sua singularidade e os significados do que é ter câncer na velhice.

6. 8 Cronograma

O planejamento das atividades durante o processo de desenvolvimento e execução do projeto está descrito na tab. 1.

Tabela 1 – Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa

Atividades	2008		2009	
	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre
Definição do tema	X			
Elaboração do projeto	X	X		
Exame de Qualificação do Projeto		X		
Encaminhamento Comitê de Ética		X		
Coleta de dados			X	
Análise dos dados			X	X
Sustentação da dissertação/artigo				X

6. 9 Orçamento

Os recursos materiais utilizados no desenvolvimento e execução da pesquisa, os quais serão custeados pela autora, encontram-se listados na tab. 2.

Tabela 2 – Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto de pesquisa

Especificação	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Papel A4 (pacotes de 500 folhas)	04	16,00	64
Caneta esferográfica	04	2,00	8,00
Lápis	02	1,00	2,00
Borracha	01	1,50	1,50
Fotocópias	600	0,10	60,00
Cartucho para impressora	03	30,00	90,00
Encadernação comum	06	2,00	12,00
Encadernação final	03	20	60,00
Gravador	01	90,00	90,00
Fitas cassetes	03	2,00	6,00
Pilhas	04	2,50	10,00
Passagem Transporte urbano	30	2,00	60,00
Total das despesas			463,50

7 Referências

ANJOS, A. C. Y; ZAGO, M. M. F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p. 33-40, 2006.

BARBOSA, L. G.; TELLES FILHO, P. C. P. Conhecimento de pacientes oncológicos sobre a quimioterapia. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, n.3, p. 370-5, 2008.

BASTOS, L. **Diário Popular**, Pelotas, 16 abr. 2008. Artigo, p.3. Enfermagem no Cetres.

BATTINI, E.; MACIEL, E. M.; FINATO, M. S. S. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.23, n.4, p.455-62, out./dez. 2006.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A. **A dinâmica populacional brasileira e a previdência social**: uma descrição com ênfase nos idosos. Referência obtida via base de dados Biblio: IPEA, 2002. Disponível em: <http://www.prodepa.gov.br/sespa/variedades_textos_din.htm>. Acesso em: 04 fev. 2010.

BICUDO, M. A. V.; ESPOSITO, V. H. C. **A Pesquisa Qualitativa em Educação**: um enfoque fenomenológico. 3. ed. São Paulo: SE&PQ, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 13 out. 2008a.

_____. _____. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. _____. _____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino - serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. _____. _____. **O que é o Câncer?** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em 13 out. 2008b.

_____. _____. _____. **O que causa o câncer?** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em 18 jan. 2010.

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

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da População 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2008c.

BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Ateneu, 2002.

BRUNHEROTTI, M. R. **Intervenções no extravasamento de quimioterápicos vesicantes: revisão integrativa**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BRUNS, M. A. T. Reflexões acerca do “fazer” metodológico. In: CASTRO, D. S. P. et al. (Org.). **Fenomenologia e análise do existir**. Universidade Metodista de São Paulo: São Paulo, 2000.

CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

CALOBRIZI, M. D. D. **As questões que envolvem a responsabilidade assumida pelos avós enquanto guardiões de seus netos, no que se refere à formação de referenciais sociais e aos legados, passados de geração em geração**. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAPALBO, C. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis. **Anais**: Florianópolis: ABEn, 1984. p.130-57.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JR., J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.12, n.2, p. 63-75, 2003.

CARREIRA, L. Editorial: Estamos envelhecendo... **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v.6, n.2, p.145, abr./jun. 2007.

CARVALHO, J. A. M.; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p.597-605, mar. 2008.

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

COBRA, R. Q. **Fenomenologia**. Disponível em: <http://www.cobra.pages.nom.br/ftm-fenomeno.html>>. Acesso em: 17 nov. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Nº 311 de 08 de fevereiro de 2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem 2007**. Disponível em: http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/noticias_det.php?id=359>. Acesso em 13 out. 2008

CRUZ, I. B. M. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CYRILLO, P. I.; PAZZOTO, M. O papel do psicólogo no tratamento oncológico. In: BARACAT, F. F.; FERNANDES Jr, H. J.; SILVA, M. J. (Org.). **Cancerologia atual: um enfoque multidisciplinar**. São Paulo: Roca, 2000.

DARTIGUES, A. **O que é a Fenomenologia?** São Paulo: Centauro, 2003.

DUARTE, R. C.; NOGUEIRA-COSTA, R.; VIANA, L. S. Tratamento do paciente geriátrico portador de câncer. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DUARTE, V. B. et al. A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família. **Família Saúde Desenvolvimento**. Curitiba, v.7, n.1, p.42-50, jan./abr. 2005.

ENCICLOPÉDIA DE FILOSOFIA. **Fenomenologia**. Disponível em: <http://br.geocities.com/sidereusnunciussasilva/fenomenologia.htm>>. Acesso em: 20 out. 2008.

FELIPE, C. P. **Diário Popular**, Pelotas, 09 jul. 2008. Artigo, p.3. Um novo olhar sobre o envelhecimento.

FILHO, E. T. C.; NETTO, M. T. **Geriatria**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

FONSECA, A. D. **A concepção de sexualidade na vivência de jovens**: bases para o cuidado de enfermagem. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. Cuidado humano de Enfermagem a clientes com câncer sustentado na Prática Dialógica da Enfermeira. **Revista Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.193-9, abr./jun. 2008.

FREITAS, E. V. Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento. In: PY, L. et al. (Org.). **Tempo de Envelhecer**: Percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDMAN, L.; BENNETT, J. C. **Tratado de medicina interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

GOMES, A. M. A. et al. Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.1, p.143-52, mar. 2008.

GOMES, R. **Oncologia básica**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

IMPERATORI, T. K. O cuidado da família ao idoso com doença de alzheimer: um estudo qualitativo no Hospital Universitário de Brasília. **Série Anis**, Ano IX, n.64, p.1-8, Brasília, LetrasLivres, maio 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, nº 9. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, nº 26. Rio de Janeiro, 2009.

JECKEL NETO, E. A.; CUNHA, G. L. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Editorial: Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.700-1, maio/jun. 2003.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro, 2005.

MENDONÇA, G. A. S.; NORONHA, C. P.; ALMEIDA, L. M. (Org.). **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MICHELONE, A. P. C.; SANTOS, V. L. C. G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.6, 2004.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**: Educação Continuada em Saúde, São Paulo, v.6, Supl.1, p.S4-S6, 2008.

NOVAES, M. H. **Psicologia da terceira idade**: conquistas possíveis e rupturas necessárias. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2000.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer**: um estudo compreensivo. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, São Paulo.

POLLOCK, R. E. et al. **Manual de Oncologia Clínica da União Internacional Contra o Câncer**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RIBEIRO, L. C. C.; ALVES, P. B.; MEIRA, E. P. Percepções dos idosos sobre o envelhecimento. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n.2, p.220-7, abr./jun. 2009.

ROBBINS, S. L. et al. **Fundamentos de Robbins**: Patologia Estrutural e Funcional. Rio de Janeiro: Nova Guanabara, 2001.

SANTANA, M. G. **O Corpo do Ser Diabético**: significados e subjetividades. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária - UFPEL, 2000.

SCHNEIDER, J. F. Enfermagem psiquiátrica e fenomenologia: algumas considerações. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.47, n.1, p.57-60, jan./mar. 1994.

SILVA, P. S. Fenomenologia e aprendizagem. **Cadernos de Psicopedagogia**, São Paulo, v.3, n.6, p.40-7, jun. 2004.

SILVEIRA, C. S. **Pesquisa em Enfermagem oncológica no Brasil**: uma revisão integrativa. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

STUMM, E. M. F.; LEITE, M. T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.13, n.1, p.75-82, jan./mar. 2008.

TERRA, M. G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p.672-8, out./dez. 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1998.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS (UCPEL). Instituto Técnico de Pesquisa e Assessoria. **Banco de Dados da Zona Sul/RS - ITEPA**. Boletim Informativo n.18. Pelotas: EDUCAT, 2007.

WANDERBROOKE, A. C.; MIKOSKI, K. M.; KLAS, K. O idoso com câncer: aspectos psicossociais relacionados ao tratamento. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v.20, n.31, p.49-54, out. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Are the number of cancer cases increasing or decreasing in the world?** Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/15/en/index.html>>. Acesso em: 15 out. 2008a.

_____. **Cancer**. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/en>> Acesso em: 21 ago. 2008b.

YAMAGUCHI, N. H. et al. (Cols.) **Revista do Paciente Oncológico: educando para ter saúde**. São Paulo: NAPACAN – Núcleo de Apoio ao Paciente com Câncer, 2007.

8 Relatório do Trabalho de Campo

O objetivo deste relatório é descrever as atividades desenvolvidas pelo aluno da pós-graduação, durante a execução do trabalho de campo, considerando essa experiência como integrante na formação de mestre.

O projeto de pesquisa que orientou este estudo foi elaborado no segundo semestre de 2008, sendo aprovado no exame de qualificação em 15 de dezembro de 2008.

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Oncologia de um hospital de ensino de médio porte, público, de caráter filantrópico, o qual atende internações exclusivamente pelo SUS, em uma cidade da região sul do RS.

O projeto desta pesquisa foi submetido primeiramente à aprovação pela instituição hospitalar referida, sendo, a seguir, encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFPEL, tendo sido aprovado sob o Parecer nº 060/2008 para a sua execução (Anexo 1).

A partir de então, entramos em contato com os sujeitos, selecionados a partir dos critérios previamente estabelecidos. Os sujeitos do estudo foram oito idosos em tratamento quimioterápico. Esse número foi determinado a partir da média de atendimentos por turno, calculados em determinado mês. Assim, verificou-se que eram atendidos em torno de dezesseis pacientes por turno na referida unidade, sendo que, num destes turnos, oito eram idosos. Por isso, a amostra da pesquisa foi delimitada em oito sujeitos.

Convém lembrar, entretanto, que na pesquisa qualitativa não é preocupação fundamental a determinação prévia do número de participantes. O critério em fenomenologia é o da repetitividade, que expressa o mostrar-se do fenômeno em sua essência. Na verdade, percebemos que isso começou a ocorrer já a partir da sexta entrevista realizada, mas prosseguimos a coleta de dados, sendo possível visualizar não só as convergências, mas também as diferentes manifestações das falas dos sujeitos, isto é, a saturação de informação no conteúdo das entrevistas.

As entrevistas ocorreram nos meses de março e abril de 2009, sendo realizadas oito entrevistas, que tiveram duração média de 50 minutos, totalizando 400 minutos.

Os idosos foram entrevistados na Unidade de Oncologia e no mesmo dia em que fizeram uma de suas aplicações de quimioterapia, por motivo de comodidade e praticidade, a fim de que o fato de participar da pesquisa não lhes causasse mais transtornos.

Dessa forma, com o intuito de proporcionar privacidade e um ambiente adequado para a realização das entrevistas, foi escolhido um dos consultórios da unidade, para onde os sujeitos foram convidados a se deslocar, individualmente, após a sessão de quimioterapia.

Acreditamos que tal estratégia foi fundamental para que todos os idosos convidados aceitassem participar do estudo, sem qualquer resistência. Além disso, foi assegurada a privacidade, que favorece a descontração da fala e da postura do corpo, necessárias à realização das entrevistas e ao seu desenvolvimento.

A tab. 3 apresenta, sucintamente, as características sociais dos idosos participantes desta pesquisa, os quais foram identificados por nomes próprios fictícios, escolhidos por eles.

A idade dos respondentes variou de 60 a 78 anos, sendo de 67 anos a média de idade desses idosos. Cinco eram homens e três, mulheres. O tempo de diagnóstico foi de sete meses, para aquele que descobriu o câncer mais recentemente, até onze anos para a que convive há mais tempo com a doença. Um deles se declarou analfabeto, outro disse saber escrever apenas o próprio nome, dois possuem o ensino fundamental incompleto, outros dois possuem o ensino fundamental completo, um tem o ensino médio incompleto e apenas um relatou ter ensino médio completo. Todos já eram aposentados. Três deles disseram morar sozinhos, outros três informaram que residem apenas com o cônjuge, um mora com o cônjuge e filhos e outro idoso reside apenas com os filhos.

Dos oito idosos participantes do estudo, três deles (Eduardo, Cecília e Luísa) compareceram rotineiramente às sessões de quimioterapia sozinhos, dos quais dois (Eduardo e Cecília) referem que um familiar se dispõe a levá-los ao hospital e depois buscá-los, ao término da aplicação do medicamento. Os demais sempre estiveram com um familiar os acompanhando durante todo o tempo de infusão dos antineoplásicos.

Tabela 3 – Apresentação e caracterização dos sujeitos da pesquisa

	Diagnóstico	Tempo de diagnóstico	Idade	Sexo	Etnia	Religião	Ocupação	Escolaridade	Mora com
André	adenocarcinoma metastático (fígado)	3 anos	61	M	negro	batista	aposentado (agricultura)	apenas alfabetizado	esposa e filhos
Cecília	câncer de cordas vocais (antes: câncer de mama com metástase pulmonar)	11 anos	78	F	branca	católica	aposentada (costureira)	ensino fundamental completo	sozinha
Eduardo	câncer de intestino (dois anos antes: adenocarcinoma de próstata)	7 meses	78	M	branco	não tem	aposentado (representante comercial)	ensino médio completo	esposa
Luísa	câncer de mama (ambas as mamas)	3 anos	60	F	branca	católica	aposentada (atendente de enfermagem; doméstica)	ensino fundamental completo	sozinha
Maria	câncer de mama	2 anos	65	F	branca	protestante	aposentada (agricultura)	ensino fundamental incompleto	marido
Pânfilo	adenocarcinoma de próstata	2 anos	61	M	branco	não tem	aposentado (pecuária/agricultura)	ensino fundamental incompleto	sozinho
Paulo	câncer de intestino	7 meses	66	M	branco	evangélico	aposentado (pecuária/agricultura)	analfabeto	filhos
Pedro	mieloma múltiplo	2 anos	67	M	branco	católico	aposentado (auxiliar de enfermagem)	ensino médio incompleto	esposa

As entrevistas foram realizadas individualmente e com o uso de gravador, com solicitação e autorização prévias dos participantes. A utilização deste recurso foi fundamental para o registro preciso das informações e para permitir que a pesquisadora pudesse ouvi-las, tantas vezes quantas fossem necessárias, a fim de compreender com exatidão a transcrição do que foi falado.

A entrevista, caracterizada pelo uso da linguagem entre o entrevistador e entrevistado, é um modo de acesso aos sujeitos na modalidade de pesquisa fenomenológica. Assim, tendo em vista que a abordagem fenomenológica pressupõe um envolvimento pessoal do pesquisador no mundo-vida dos sujeitos do estudo, buscamos, primeiramente, estabelecer uma relação empática entre a entrevistadora (que foi a própria mestranda) e cada um dos idosos e, a seguir, apresentamos o projeto de pesquisa, seus objetivos e a solicitação para participar do mesmo, bem como a assinatura ou colocação da impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Percebemos que essa relação foi facilitada tendo em vista que todos os participantes já conheciam a mestranda desde o início de suas aplicações de quimioterapia, pois a mesma atua como enfermeira na Unidade de Oncologia, tendo, em diversas ocasiões, conversado anteriormente com eles a respeito de sua condição de saúde, seu tratamento e esclarecido dúvidas. Portanto, acredita-se que já existia uma relação de confiança e empatia entre os sujeitos e a entrevistadora, o que parece ter sido um fator favorável para que os idosos conversassem com mais liberdade a respeito dos assuntos que lhes estavam sendo interrogados para a descrição do fenômeno. Não houve estipulação do tempo de duração das entrevistas.

Usamos também um diário de campo (Apêndice C), no qual foram registradas outras formas de discurso, as não-verbais, como: o gestual, o silêncio, o tom de voz, além de outras observações que consideramos necessárias. As anotações neste diário foram realizadas logo após a entrevista, quando o sujeito já havia se retirado do local da mesma.

A interrogação em torno da qual nos movimentamos, em busca da compreensão do fenômeno foi: *qual o significado de vivenciar o câncer para as pessoas idosas?*

Por meio da entrevista semiestruturada (Apêndice B), procuramos apreender as experiências dos idosos em relação ao câncer. De um modo geral, as entrevistas fluíram com naturalidade, de forma que os idosos discorreram abertamente sobre o tema proposto, a partir das questões norteadoras, sendo necessário apenas algumas vezes retornar à pergunta, quando estes se dispersavam do foco em questão.

Todavia, no transcorrer das entrevistas, dois dos idosos (Pânfilo e André) ficaram bastante emocionados, reflexivos, com a voz embargada, especialmente ao serem questionados sobre seus sentimentos em relação a estar com câncer nessa idade. Nos dois casos, foi difícil prolongar as entrevistas, pois as palavras custavam a ser elaboradas de forma clara e a emotividade emergiu de modo tão intenso que, no caso de André, as lágrimas vieram à tona e a entrevistadora achou por bem encerrar a entrevista e apenas confortá-lo. No entanto, apesar das descrições coletadas nesses dois casos terem sido em menor quantidade, apresentaram tanta profundidade de significados que não foram desconsideradas e puderam ser satisfatoriamente incluídas na análise dos dados.

Cabe lembrar que, ao adotar o modo fenomenológico de conduzir pesquisas, o foco da pesquisadora foi o de descrever fenômenos e não de explicá-los, não se preocupando em buscar relações causais e, também, que esta descrição supõe um rigor, pois é através dela que se chega à essência do fenômeno. Desse modo, entendemos o fenômeno como aquilo que surge para a consciência e se manifesta como resultado de uma interrogação, de forma que só existirá um fenômeno se existir um sujeito no qual ele se situa ou que o vivencia, que no caso deste estudo é o idoso com câncer.

Seguindo a trajetória da pesquisa fenomenológica para chegar às significações vividas na existência humana concreta, deixamos de lado, temporariamente, nossas experiências, crenças, pressupostos, teorias, preconceitos e explicações existentes sobre o fenômeno, para chegar à essência, às coisas nelas mesmas. Esse momento é chamado de *epoché*, nessa modalidade de pesquisa.

Por meio das descrições dos idosos que vivenciam o câncer, almejamos obter os dados da experiência, do mundo-vida dos sujeitos. Buscamos os significados dos eventos vividos pelos sujeitos da pesquisa, através de expressões sobre as percepções

que estes têm daquilo que está sendo investigado e que foram expressões descritas para a pesquisadora, pelo próprio sujeito que as percebe. A partir desse momento, procuramos nos discursos as convergências, ou a invariante, com a finalidade de identificar os significados neles contidos.

Sendo assim, ao concluir as entrevistas, os depoimentos foram transcritos integralmente e examinados segundo as etapas propostas por Martins e Bicudo (2005) e por Bicudo e Esposito (2006), com o intuito de proceder à análise dos dados e obter os significados buscados.

Inicialmente, realizamos a leitura das descrições como um todo, a fim de chegarmos ao sentido mais geral do que estava sendo descrito. Lemos cuidadosamente cada descrição, do início ao fim, tantas vezes quantas foram necessárias, sem qualquer tentativa de interpretação ou análise, mas procurando colocar-nos no lugar do sujeito, de forma a chegar aos significados atribuídos pelo idoso, do mesmo modo como ele os atribuiu.

A seguir, passamos a ler novamente, quantas vezes se fizeram necessárias, cada descrição, tentando detectar as unidades de significado, dentro da perspectiva do idoso com câncer; deixando de lado o que é secundário para ficar com o principal.

As unidades de significados não estão prontas no texto. Não existem diretrizes específicas nessa identificação, podendo ser uma frase, um parágrafo, uma palavra. Nesse momento, apreendemos as unidades de significados, buscando as evidências da experiência vivida pelos idosos. Obviamente, a apreensão das unidades de significados acontece segundo o foco de cada pesquisador com relação ao fenômeno buscado.

Uma vez compreendidas as unidades de significado, percorremos as unidades identificadas, expressando o significado nelas existentes; buscando sintetizá-las para chegar à sua essência – uma nova leitura do fenômeno. Nessa síntese, integramos os *insights* contidos nas unidades de significados transformados em uma descrição consistente da estrutura do fenômeno. Através dessa dinâmica, chegamos à essência do fenômeno. Essa síntese é chamada de categoria por alguns pesquisadores ou entendida como tema por outros. Nesse momento, tentamos detectar informações singulares, mas relevantes e distingui-las de outras, também singulares, mas irrelevantes.

É importante considerar que cada pesquisador tem perspectivas, propósitos, experiências anteriores, valores e maneiras de ver a realidade e o mundo. Dessa forma, nosso foco de atenção foi direcionado para problemas específicos, determinadas mensagens, aspectos particulares dos idosos que vivenciam o câncer, sempre apoiadas pelo referencial teórico de Maurice Merleau-Ponty (MERLEAU-PONTY, 1999), para um melhor entendimento dos discursos coletados.

O momento seguinte foi o da interpretação, que são as generalizações que fizemos a partir das convergências das unidades de significado que, entretanto, permanecem abertas a novas interpretações. Essa interpretação não foi conclusiva, pois não há conclusão na pesquisa fenomenológica, visto que o fenômeno é perspectival. No entanto, buscamos sempre relacionar o material coletado com o referencial do estudo, para a compreensão do objeto focalizado.

Em todos os momentos os dados precisaram ser examinados, questionados amplamente, de modo que mantivéssemos o foco de atenção no todo, sem perder de vista as multiplicidades de sentidos possivelmente implícitas no material.

Orientadas pelas etapas acima descritas, nos apropriamos dos discursos dos sujeitos deste estudo, sem a pretensão de generalizar considerações sobre o câncer em idosos, mas com o propósito de descrever os significados de vivenciar o câncer expressos por essas pessoas, em uma tentativa de satisfazer a inquietação das pesquisadoras acerca desse fenômeno.

A partir dessa trajetória para a análise dos discursos, foi possível estabelecer as seguintes unidades de significados ou categorias: 1) Ser idoso com câncer, 2) Descoberta do câncer para o idoso, 3) Reações dos idosos frente aos tratamentos propostos e 4) Ambiguidades no enfrentamento do câncer.

Assim, na primeira categoria, denominada *Ser idoso com câncer*, percebemos como os idosos veem o câncer, sendo possível apreender que os significados envolvidos nessa vivência se traduzem por aceitação, resignação e medo. Na categoria *Descoberta do câncer para o idoso*, os entrevistados relataram como haviam se sentido ao descobrirem o câncer em suas vidas. Compreendemos que esse diagnóstico, a princípio, não foi bem recebido, tendo causado surpresa, tristeza e medo. Todavia, segundo os discursos de alguns idosos, o câncer parece ser percebido com certo

conformismo, como se já estivesse sendo “esperado”, de modo que esta poderia ser considerada como apenas mais uma dentre outras doenças com as quais o idoso convive. Já na categoria intitulada *Reações dos idosos frente aos tratamentos propostos*, os sujeitos descreveram sobre suas experiências no que se refere aos tratamentos realizados. Emergiram de suas falas sentimentos de apreensão, preocupação e angústia relacionados aos procedimentos cirúrgicos, além de diversos efeitos secundários à quimioterapia, os quais parecem ser tolerados em função da esperança que depositam na possibilidade de que sejam curados. Por fim, em *Ambiguidades no enfrentamento do câncer*, evidenciamos a convicção religiosa como uma importante fonte de apoio e suporte no enfrentamento da doença, sendo a fé e a esperança necessárias para o equilíbrio de sentimentos antagônicos que emergem no ser com câncer. Nesse sentido, destacaram-se os discursos contraditórios, nos quais se percebe que os idosos tencionaram manter a “razão” e o autocontrole sobre seus sentimentos, mas se “traíram” ao deixar emergir percepções e emoções que denotam o sofrimento que carregam em suas existências em decorrência do conviver com o câncer.

Em acordo estabelecido entre mestrandas e orientadoras, decidimos pela opção de escrita do artigo científico. Para tanto, procedemos à organização das informações para dar forma ao manuscrito, adequando-o às normas para publicação de um periódico específico que, nesse caso, é a Revista Ciência Cuidado e Saúde (Anexo 2), um periódico de publicação trimestral do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. O referido artigo foi intitulado “O fenômeno do câncer na vida de idosos”.

Faz-se necessário ressaltar que este estudo nos possibilitou levantar uma ampla gama de dados, a partir dos relatos das vivências dos idosos portadores de câncer que, no entanto, não poderão ser exploradas em sua totalidade neste trabalho, devido à limitação de espaço que nos impõem as normas da revista para a publicação do manuscrito.

Sendo assim, para a construção desse artigo, trabalhamos com os resultados que atenderam ao seguinte objetivo: *desvelar o significado atribuído ao câncer na vida dos idosos*. As unidades de significados que embasaram a composição do artigo e

responderam ao objetivo estabelecido foram: *Ser idoso com câncer* e *Ambiguidades no enfrentamento do câncer*.

Ao nos aproximarmos do término desta pesquisa, lembramos, contudo, que o assunto abordado não se esgota aqui. Estamos com outro artigo em fase de elaboração, o qual irá contemplar as outras unidades anteriormente mencionadas (*Descoberta do câncer para o idoso* e *Reações dos idosos frente aos tratamentos propostos*).

Pelo menos por enquanto, nos declaramos satisfeitas com os conhecimentos obtidos até aqui, uma vez que estes permitiram que o fenômeno da experiência do câncer se mostrasse para nós em algumas das perspectivas do mundo-vida dos sujeitos deste estudo, todavia, não em todas.

Conforme Bicudo e Esposito (2006), o fenômeno se mostra para o pesquisador em uma ou mais perspectivas, mas nunca em todas as suas facetas, visto que é a maneira de interrogar o fenômeno que indica como este vai ser abordado, o que dependerá também do campo de estudo e do próprio fenômeno investigado.

Em vista disso, na temática do câncer e da gerontologia, temos constatado que são sempre possíveis diversas abordagens de pesquisas e novos conhecimentos a serem construídos no cotidiano dos profissionais que se dedicam ao cuidado em cada uma e nas duas áreas de forma concomitante, considerando-se o aumento da expectativa de vida, bem como o aumento de idosos portadores de câncer.

Referências

BICUDO, M. A. V.; ESPOSITO, V. H. C. **A Pesquisa Qualitativa em Educação: um enfoque fenomenológico**. 3. ed. São Paulo: SE&PQ, 2006.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999

9 Artigo 1 – O Fenômeno do Câncer na Vida de Idosos*

The Phenomenon of Cancer in the Life of Aged

El Fenómeno de Cáncer en la Vida de Ancianos

Lenícia Cruz Soares¹

Maria da Glória Santana²

Rosani Manfrin Muniz³

RESUMO: Este estudo objetivou desvelar o significado atribuído ao câncer na vida de idosos. Utilizou-se a metodologia qualitativa, direcionada pela abordagem fenomenológica, fundamentada no olhar sensível de Maurice Merleau-Ponty. Os sujeitos foram oito idosos em tratamento quimioterápico, sendo a entrevista semiestruturada o instrumento utilizado. A análise dos dados baseou-se nas contribuições teórico-metodológicas de Bicudo e Esposito, de acordo com as etapas a seguir: leitura das descrições como um todo, detecção das unidades de significado, síntese e interpretação. Os depoimentos foram agrupados nas categorias: *Ser idoso com câncer* e *Ambiguidades no enfrentamento do câncer*. Neste estudo, os resultados revelaram que o câncer é visto com aceitação, resignação e medo. Os idosos disseram conviver muito bem com a doença, porém apresentaram contradições, desvendando o sofrimento que carregam em decorrência do conviver com câncer. Evidenciou-se, assim, a multiplicidade de sentimentos que permeiam o mundo-vida dos idosos portadores de câncer, requerendo uma assistência de enfermagem mais humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Idoso; Enfermagem.

* Artigo original, a ser submetido à Revista Ciência, Cuidado e Saúde, produzido na conclusão do curso de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas. Data de sustentação: 25 de fevereiro de 2010

1 Enfermeira Especialista em Enfermagem Saúde Pública e Mestre em Enfermagem. Membro do NUCCRIN (Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces)/UFPel. Endereço: Rua General Osório, 450/103. CEP 96020-000. Pelotas/RS. Telefone: (53) 91610399. E-mail: lenicia.soares@gmail.com

2 Doutora em Enfermagem e Professora Associada da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

3 Doutora em Enfermagem e Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

ABSTRACT: This study aimed to reveal the meaning attributed to cancer to aged people. Was used a qualitative methodology guided by phenomenology, based on the sensitive look of Maurice Merleau-Ponty. The subjects were eight aged ones undergoing chemotherapy, being the half-structuralized interview the instrument used. Data analysis was based on theoretical and methodological contributions of Biculo and Esposito in the following steps: read the descriptions as a whole, tracing the units of meaning, synthesis and interpretation. The statements were grouped into categories: *Being aged with cancer* and *Ambiguities in coping with cancer*. In this study, the results revealed that the cancer is seen with acceptance, resignation and fear. Elderly people said to live very well with the disease, but were contradictory, deciphering the suffering faced by cancer in their lives. It was clear, therefore, the multiplicity of feelings that permeate the life-world of aged cancer patients, requiring a nursing care more humanized.

KEYWORDS: Cancer, Aged, Nursing.

RESUMEN: Este estudio tuvo por objetivo conocer el significado que se atribuye al cáncer en la vida de los ancianos. Se utilizó una metodología cualitativa, dirigida por la fenomenología basada en la mira sensible de Maurice Merleau-Ponty. Los sujetos fueron ocho ancianos se someten a quimioterapia, siendo la entrevista semiestructurada el instrumento usado. Análisis de los datos se basa en los aportes teóricos y metodológicos de Biculo y Esposito en los siguientes pasos: leer las descripciones en su conjunto, la localización de las unidades de significado, síntesis e interpretación. Las declaraciones fueron agrupados en categorías: *Ser anciano con cáncer* y *Las ambigüedades en la superación del cáncer*. En este estudio, los resultados revelaron que el cáncer es visto con aceptación, la resignación y el miedo. Los ancianos dijeron que viven muy bien con la enfermedad, pero son contradictorios, revelando el sufrimiento debido a llevar a vivir con el cáncer. Es evidente, por lo tanto, la multiplicidad de sentimientos que impregnan el mundo-vida de los pacientes de cáncer, que requieren cuidados de enfermería más humano.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, Anciano; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios da saúde pública é o envelhecimento populacional. Este fenômeno verificou-se, primeiramente, nos países desenvolvidos, porém, atualmente, vem acontecendo de forma mais acelerada nos países em desenvolvimento. No Brasil, o número de idosos, que – segundo a legislação brasileira – correspondem aos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, passou de 7 milhões em 1975 para 14 milhões em 2002. A cada ano, mais 650 mil idosos são incorporados à população brasileira⁽¹⁾.

Desse modo, temos em torno de 17,6 milhões de idosos. Para o ano de 2050, as estimativas apontam que os indivíduos com 60 anos e mais, no mundo, serão aproximadamente dois bilhões, a maioria deles vivendo em países em desenvolvimento. Entre os principais fatores

que propiciaram o envelhecimento populacional, podemos citar a redução da taxa de fecundidade e de mortalidade e o aumento da esperança de vida⁽²⁾.

A longevidade constitui-se em uma grande conquista da humanidade, devido à melhoria que se observa nas condições gerais de saúde das populações, embora de forma desigual nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Entretanto, se antes o envelhecimento não era a expectativa para a maioria, verifica-se que este já é realidade, inclusive para os países em desenvolvimento, convertendo-se, assim, em um grande desafio para a sociedade⁽¹⁾.

Simultaneamente às modificações do perfil demográfico brasileiro, percebemos ainda a mudança epidemiológica, caracterizada por uma elevada prevalência de condições crônicas, as quais ocorrem principalmente nesse segmento populacional⁽³⁾.

Uma das mais temidas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) é o câncer, mesmo apresentando possibilidade de cura, quando diagnosticada precocemente. Assim como outra DCNT, ele envolve múltiplos fatores de risco, entre eles os ambientais, os genéticos e os hábitos de vida⁽⁴⁾.

Cerca de 75% das neoplasias ocorrem em indivíduos com mais de 60 anos⁽⁵⁾. A incidência dessa doença aumenta consideravelmente com a idade, muito provavelmente porque, com o avançar dos anos, se acumulam fatores de risco de tipos específicos de câncer. O acúmulo geral de fatores de risco vem a associar-se com a tendência a uma menor eficácia dos mecanismos de reparação celular no idoso⁽⁶⁾.

Além disso, os pacientes idosos portadores de câncer geralmente apresentam comorbidades, reserva fisiológica restrita, limitações funcionais, incapacidades físicas e outros agravos relacionados à idade, de forma que as decisões terapêuticas podem ser complexas, requerendo maior conhecimento e domínio da farmacologia das drogas antineoplásicas e de agentes biológicos a serem utilizados, assim como de seus efeitos adversos, a curto e a longo

prazo. O tratamento, nesses pacientes, deve visar, portanto, à maximização dos benefícios terapêuticos e a minimização de seus riscos⁽⁷⁾.

Percebemos, no cotidiano profissional, que o diagnóstico de câncer traz um grande impacto emocional e social ao paciente, acarretando um desafio contínuo da pessoa com seu corpo, sua família, seu papel social, seus planos futuros e seus valores pessoais.

Para o idoso e para a família, vivenciar uma enfermidade como o câncer pode provocar reações e sentimentos estressantes, uma vez que todos os membros são afetados, sendo necessárias muitas vezes adaptações nos estilos de vida existentes, ou mesmo reestruturá-los⁽⁸⁾.

Tendo em vista que a população idosa constitui-se em um grupo diferenciado, tanto no que se refere às condições sociais, quanto no aspecto dos cuidados necessários à sua saúde e bem-estar, consideramos fundamental uma maior aproximação a essas pessoas, na tentativa de conhecê-las melhor, para a identificação dos cuidados de enfermagem que melhor atendam às necessidades dessa clientela, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida e a consequente individualização da assistência.

Assim, neste artigo, focalizaremos os dados que atenderam ao seguinte objetivo: *desvelar o significado atribuído ao câncer na vida de idosos*.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Utilizamos a metodologia qualitativa, direcionada pela abordagem fenomenológica, fundamentada em Merleau-Ponty, que busca compreender o relato do mundo vivido, de modo que a unidade e o verdadeiro sentido da fenomenologia só podem ser encontrados dentro do próprio indivíduo, reconhecendo o corpo como fundamento indiscutível da inserção do ser no mundo, pelo qual nos comunicamos, nos expressamos, experienciamos e estamos abertos às vivências⁽⁹⁾.

A coleta de dados ocorreu na Unidade de Oncologia de um hospital de ensino de médio porte, público, de caráter filantrópico, o qual atende internações exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, em uma cidade da região sul do Rio Grande do Sul. Os sujeitos do estudo foram oito idosos em tratamento quimioterápico, identificados por nomes próprios escolhidos por eles, seguidos da idade. Os dados foram coletados nos meses de março e abril de 2009, por meio de entrevista semiestruturada, com duração média de 50 minutos, totalizando 400 minutos. As entrevistas foram realizadas individualmente e com o uso de gravador, a fim de preservar a fidedignidade das informações, com solicitação e autorização prévias dos participantes, os quais assinaram ou colocaram sua impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto para a realização desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas e aprovado sob o Parecer nº 060/2008. Os aspectos éticos basearam-se no cap. III, artigos 89, 90, 91, 92, 94 e 98 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, bem como na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a análise dos dados, utilizamos as etapas propostas por Bicudo e Esposito⁽¹⁰⁾ na busca da compreensão do fenômeno pesquisado: leitura das descrições como um todo, identificação das unidades de significado, síntese e interpretação. Após exaustivas leituras dos discursos, a fim de chegarmos ao sentido mais geral do que foi descrito pelos sujeitos, buscamos definir as unidades de significado, dentro da perspectiva do idoso que vivencia o câncer, e expressar o significado contido nelas. Por fim, sintetizamos todas as unidades de significados para chegar a uma descrição da percepção do fenômeno e fizemos a interpretação, ou seja, as generalizações que vão surgindo a partir das convergências das unidades de significado, focadas nos olhares dos sujeitos do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos discursos dos sujeitos, foi possível estabelecer as seguintes unidades de significados: *Ser idoso com câncer* e *Ambiguidades no enfrentamento do câncer*, as quais serão abordadas a seguir.

Ser idoso com câncer

As alterações do perfil demográfico brasileiro anunciam um rápido processo de envelhecimento. Associado a esse fenômeno, observa-se o aumento do número de DCNT – entre elas, o câncer – em consequência do aumento dos riscos de incidência de várias doenças, seja pelo próprio processo biológico, seja pelos longos períodos de exposição a agentes patogênicos⁽¹¹⁾. É nesse contexto que se verifica o aumento da incidência de câncer em idosos.

Para alguns dos idosos entrevistados, o câncer é visto com certa aceitação, na medida em que é considerado esperado nesta fase da vida:

Eu acho que o câncer é uma doença da moda. [...] A gente seguidamente está conversando com amigos, Fulano tem câncer, Beltrano tem câncer, quer dizer, então, é uma coisa moderna. Então deixou de causar medo. (Eduardo, 78)

Isso [o câncer] todo mundo tem, todos nós temos, até se manifestar, tu podes ter, a minha filha pode ter, depende do câncer. (Paulo, 66)

O câncer é uma doença que todos nós temos e só se declara naquela parte do organismo mais fraca. Eu, para mim, todas as pessoas têm câncer, que se declara naquela parte mais fraca do organismo [...] Eu lido com essa doença como se estivesse com uma gripe forte. (Pânfilo, 61)

Os idosos buscam colocar o câncer dentro da normalidade, em uma tentativa de se sentirem “normais”, ou seja, não-portadores de uma doença estigmatizante, que traz dor e sofrimento, conforme a cultura popular. Assim, podem se identificar com outras pessoas que também têm câncer e justificar para si mesmos que não são diferentes dos demais.

Nesse sentido, ao comparar o câncer com uma “gripe forte”, o idoso faz referência a uma doença comum, corriqueira, já que todas as pessoas estão sujeitas a contrair gripe, parecendo querer se sentir “normal” como qualquer outra pessoa, ressaltando-se o fato de que uma “gripe forte” se traduz numa enfermidade que requer mais cuidados. O idoso com câncer procura, assim, a semelhança com os outros, pois ele é no mundo como outras pessoas, e não tão diferente ou estranho. Eles compartilham essa vivência, mesmo que de maneira única, mas não exclusiva. Desse modo, saber que outras pessoas também têm câncer parece amenizar o sofrimento vivido por eles.

Os idosos referem, além disso, a possibilidade que todos temos de desenvolver o câncer, dependendo da exposição aos agentes carcinógenos. Entre as causas do câncer estão os fatores externos, que correspondem às substâncias químicas, à irradiação e aos vírus, e os fatores internos, que são os hormônios, as condições imunológicas e as mutações genéticas. Esses fatores podem agir em conjunto, ou em sequência, para iniciar ou promover o processo de carcinogênese⁽⁴⁾.

Na experiência do câncer, o corpo exibe sua dimensão existencial de modo concreto, na medida em que é o corpo próprio que permite o existir e é ele quem padece pela exposição aos carcinógenos, que afetam a existência do ser no mundo, pela manifestação da doença.

Sabemos que, para a pessoa que vivencia a situação de doença, as mais variadas reações podem ocorrer, bem como os mecanismos de enfrentamento, que podem incluir o deixar de ser-si-mesmo, fugindo da situação e negando sua gravidade, como frequentemente acontece, transferindo o controle de si para outro; ou assumir sua autenticidade e voltar-se para si mesmo, aceitando o sofrimento. Percebe-se, portanto, a importância do corpo enquanto meio de inserção e relação do ser com o mundo e com os outros, além da pluralidade de sentimentos que permeiam o processo de alteração desse corpo e, conseqüentemente, de todo o existir.

Compreendemos que o corpo é o nosso veículo de estar-no-mundo, um meio de nossa comunicação com ele, pelo qual percebemos e somos percebidos. É através do corpo que existimos, inseridos em um contexto físico e social que se configura em nossa referência sobre o mundo (ser-no-mundo-com-os-outros). Assim, o corpo vivido nos permite estar no mundo, em contato com os outros e com as coisas, sendo constituído por meio de nossas percepções e experiências⁽⁹⁾.

A singularidade é, portanto, característica de todo o ser humano, de maneira que cada ser se percebe segundo a sua leitura de mundo, conforme o olhar que tem sobre sua doença e a forma de vivenciá-la. Dessa forma, independentemente da cultura, temos a nossa própria maneira de olhar o mundo ao redor e de se olhar no nosso mundo-vida, o que se traduz no nosso modo de enfrentamento do cotidiano.

Além disso, surge nos discursos dos idosos, o sentimento de resignação associado ao câncer, como um desígnio divino que precisa ser aceito, como se fosse uma missão.

Olha, o câncer é uma coisa que Deus me deu. É uma prova que eu terei que passar. (Cecília, 78)

Isso depende, é Deus que nos mandou. A gente tem vontade, mas é Ele que administra o tempo que nós vamos viver. (Paulo, 66)

Os idosos consideram o câncer também como uma “provação” a ser enfrentada. Percebemos que a crença em Deus influencia na aceitação da doença; os idosos a aceitam porque a consideram como algo “enviado por Deus”, que está além de sua própria vontade, não havendo, portanto, possibilidade de “negociação”. Nesse sentido, consideram que a doença e o destino são determinados por Deus⁽¹²⁾.

De acordo com o pensamento de Merleau-Ponty⁽⁹⁾, pode-se concluir que cada ser tem sua forma de experienciar o câncer, o qual pode ser percebido a partir de diferentes aspectos. Desse modo, ao considerar a doença como uma determinação divina, ressalta-se sobremaneira a

facticidade atribuída pelos idosos na significação que eles têm do câncer. Entendemos por facticidade a condição na qual se encontra o ser humano, comprometido com uma situação não escolhida. Assim sendo, perceber o câncer como algo que lhe foi destinado sem opção de escolha, ou seja, por Deus, parece ser uma forma de enfrentamento do cotidiano para os idosos, em que a única alternativa que se apresenta possível é a resignação, tendo em vista o caráter inevitável de tal condição.

Já para Pedro e André, o câncer se reveste de medo, sendo considerado uma doença incurável, maligna, fatal:

É uma doença muito ruim, muito grave. Não tem cura, eu sei que não tem. (Pedro, 67)

O câncer é uma doença maligna, fatal. É uma doença ruim. Eu acho que o câncer só por Deus para se salvar, senão é a morte. [...] Ela prejudica muito, prejudica tudo. [...] Essa doença é das mais terríveis que tem no mundo. (André, 61)

O câncer adquiriu a conotação de ser uma doença incurável e a mais terrível, provavelmente porque possuem um maior ressentimento por ter a doença, pois experimentam as limitações e/ou sequelas que esta lhes impõe (ou mesmo o tratamento) e já não podem desempenhar as mesmas atividades de outrora.

Para esses sujeitos, é explícito o medo da doença, do que ela causa ou poderá causar ao seu corpo, seu ser no mundo e, também, medo da morte.

O câncer traz consigo um grande impacto psicológico, uma vez que não remete apenas à possibilidade da morte, mas também é temido pela sua aproximação progressiva e dolorosa e pela mutilação natural ou pós-terapêutica que, muitas vezes, acarreta⁽¹³⁾. Os significados atribuídos ao processo de adoecer de câncer são relacionados à forma como ele é vivenciado e percebido⁽¹⁴⁾.

Entendemos que a significação total da vida se modifica com as limitações orgânicas e que a pessoa com câncer passa a vivenciar uma nova concepção de mundo, caracterizada, principalmente, pelas restrições que ela experimenta no contato com as coisas e com os outros⁽⁹⁾.

O diagnóstico de câncer altera toda uma existência e representa a imposição de se viver com uma doença que traz consigo uma série de angústias e possíveis modificações no existir; obriga a pessoa a se acomodar às limitações e alterações orgânicas advindas com essa nova condição, impõe um novo modo de viver, de estar-no-mundo e se relacionar com ele, pois existem mudanças concretas e objetivas como a alteração dos hábitos de vida, os efeitos secundários ao tratamento, e mudanças subjetivas, como os limites pessoais, perda de autonomia, sensação de impotência e isolamento.

O ser passa, portanto, a assumir outra perspectiva no mundo, pois o corpo foi alterado e, por conseguinte, sua percepção das coisas.

Nesse sentido, o idoso necessita de algo que o auxilie nessa adaptação, como a fé em Deus e no equilíbrio de sentimentos antagônicos que emergem no ser com câncer, o que será abordado na unidade a seguir.

Ambiguidades no enfrentamento do câncer

No enfrentamento do câncer, os idosos entrevistados demonstraram acreditar na ciência, ou seja, na terapêutica convencional, mas também buscaram ajuda na dimensão espiritual para seus problemas de saúde:

Eu estou fazendo a quimioterapia também com absoluta confiança e esperança de que eu tenha um bom sucesso com esse tratamento e ainda Deus me permita viver mais alguns anos [...] Eu procuro fazer o que me indicam, o médico, enfim, e a certeza de que com a ajuda de Deus e a ciência atual, moderna, me possibilitem vencer amanhã. (Eduardo, 78)

Tem que ter muita fé, ter muita fé em Deus, e ter confiança no médico. (Pânfilo, 61)

Os idosos reconhecem o valor do tratamento, mas enfatizam a necessidade de ter fé em Deus.

Com o envelhecimento, o ser humano passa a valorizar com maior intensidade o estado espiritual e religioso que traz consigo⁽¹⁵⁾.

Além disso, a enfermidade e sua terapêutica também geram estresse e angústia emocional, pois carregam o medo de morrer, abandono de planos para o futuro, mudanças físicas, psíquicas e sociais. Ter a doença e/ou estar em tratamento significa estar constantemente convivendo com incertezas⁽¹⁶⁾. Nesse contexto, a convicção religiosa desempenha um importante papel como fonte de apoio e suporte no enfrentamento do câncer, pela qual buscam, muitas vezes, o alívio do sofrimento por que passam e depositam expectativas de milagres, de cura da doença.

A religiosidade favorece, portanto, a serenidade para enfrentar as adversidades da enfermidade, constituindo-se numa estratégia de suporte espiritual comumente usada entre os pacientes, com doença maligna, para a esperança de uma vida melhor^(17, 18).

Assim, a fé é geralmente vista como um “remédio” muito poderoso para os pacientes com câncer, pois, por meio dela, eles mantêm a esperança em busca de um sentido para suas existências e confiança em um Ser Superior. Isso propicia fortalecimento e tranquilidade para aceitar a doença⁽¹⁹⁾.

Entendemos ser importante conservar a esperança, pois esta se faz necessária para possibilitar o equilíbrio entre emoções tão adversas, na busca para a manutenção do ser-aí-no-mundo, apesar das aflições experimentadas ao se ter um corpo com câncer, pois o corpo prossegue sensível ao mundo, existindo, sentindo, percebendo.

Todavia, esse existir é alterado, uma vez que o câncer afeta o corpo, tanto de forma objetiva como subjetiva. Isso se revelou, neste estudo, por meio de discursos contraditórios, nos quais se percebe que os idosos tencionaram manter a “razão” e o autocontrole sobre seus sentimentos, mas se “traíram” ao deixar emergir determinadas percepções e emoções acerca do

câncer em suas vidas, conforme pode ser verificado nos seguintes relatos (cujo grifo é das autoras):

Se eu estou passando por isso, eu chego em casa com a mesma cara e não demonstro nada, nada. Não tenho ressentimento nenhum, nenhum. Só digo que ninguém passe por isso. [...] Mas eu acho que isso é natural da vida. (Cecília, 78)

Eu tenho fé que vou ficar bom [...] tem que seguir e enfrentar as coisas, porque tem gente muito pior que a gente. (Paulo, 66)

Tem dias, claro, que a gente fica meio no fundo do poço, mas para mim é assim quase normal a vida mesmo assim. (Luísa, 60)

Percebe-se que os idosos quiseram passar uma ideia de que convivem muito bem com a doença, como se esta não afetasse suas vidas, porém apresentaram momentos de incoerências em suas declarações, denotando o sofrimento que carregam em suas existências em decorrência do conviver com o câncer.

Isto acontece possivelmente devido ao efeito devastador do câncer na vida do idoso, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que frequentemente ocorrem⁽²⁰⁾.

Outrossim, a experiência do corpo próprio revela um modo de existência ambíguo, sendo os processos do corpo confusamente retomados e implicados em um drama único, indivisível. Trata-se de uma unidade, a do corpo, implícita e confusa, em que sentimentos e sensações diversas compartilham o mesmo cenário. Desse modo, a natureza do corpo próprio é enigmática; podemos sentir o espaço do corpo aumentado ou diminuído, a despeito do que dizem os nossos sentidos. O que nossa relação vivida com o corpo próprio nos dá é um corpo fenomenal. Também a enfermidade vivida acomete o corpo fenomenal e não aquele de que nos fala o conhecimento biomédico⁽⁹⁾.

Não podemos esquecer que o ser idoso já vem passando pelo processo de envelhecimento, com suas alterações biopsicossociais, muitas vezes difíceis de serem aceitas. Além disso, o fato de estar com câncer traz uma significação maior ao que acontece ao seu corpo, seu ser no mundo. Vivenciar o câncer implica, portanto, uma experiência marcada por mudanças em todos os aspectos que permeiam o mundo-vida dos idosos, repleta de estigmas, limitações e sentimentos ambivalentes, que se fundem e se confundem, nas próprias oscilações da vida. Ao se desvelar, o idoso com câncer mostra-se ambíguo, descrevendo o mundo vivido ora de forma positiva, ora de forma negativa, revelando modificações tanto objetivas como subjetivas na sua relação com o mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma das doenças que possui maior impacto psicológico, decorrente não só da possibilidade da morte, mas também de sua aproximação progressiva e dolorosa, associada à percepção de incurabilidade, bem como às limitações físicas e alterações da imagem corporal decorrentes da própria doença ou mesmo do tratamento.

No caminho para desvelar o significado atribuído ao câncer, emergiram dos discursos dos idosos que participaram deste estudo, múltiplas significações associadas ao viver com câncer, como a aceitação, a resignação e o medo.

Entretanto, apesar de os idosos pretenderem passar uma ideia de que convivem muito bem com a doença, foi possível detectar incoerências em suas declarações, o que vem revelar o sofrimento que carregam em decorrência do conviver com o câncer.

Assim, evidenciou-se a pluralidade de sentimentos que permeiam o mundo-vida dos idosos portadores de câncer, possivelmente porque o envelhecer apresenta diversas formas de manifestações e representações em nossa realidade, e a forma de ser e de vivenciar esta etapa de

vida se dá de maneira muito singular, especialmente porque o ser humano é único. Esses indivíduos possuem seus próprios valores e história de vida, assim como suas crenças e temores sobre a doença e o tratamento.

Dessa forma, sendo a enfermagem responsável pelo cuidado de saúde direto ao ser humano, sua atuação torna-se mais complexa quando direcionada ao portador de neoplasia que necessita de um tratamento considerado agressivo, como a quimioterapia, por exemplo, principalmente em se tratando de idosos. Cabe ao enfermeiro, portanto, identificar as estratégias utilizadas pelos idosos oncológicos no decorrer do adoecer, para, assim, poder direcionar com maior efetividade suas ações para o cuidado a essas pessoas, identificando suas necessidades e reconhecendo os fatores que podem influenciar a experiência do câncer em suas vidas.

REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF, Veras R. Editorial: Saúde pública e envelhecimento. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2003 maio/jun.; 19(3): 700-1.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006.
3. Carreira L. Editorial: Estamos envelhecendo... Ciênc Cuid e Saúde. 2007 abr./jun.; 6(2): 145.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. O que causa o câncer? [citado em 18 set. 2009]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=81.
5. _____. _____. _____. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
6. World Health Organization. Cancer. [citado em 21 Ago. 2008]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/en>.
7. Duarte RC, Nogueira-Costa R, Viana LS. Tratamento do paciente geriátrico portador de câncer. In: Freitas EV et al (Org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

8. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
9. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
10. Bicudo MAV, Esposito VHC. A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico. 3ª. ed. São Paulo: SE&PQ; 2006.
11. Lenardt MH, Michaltuch DO, Kuznier TP, Santos VL. O cuidado de si do idoso como instrumento de trabalho no processo de cuidar. Cogitare Enferm. 2005 jan./abr.; 10(1): 16-25.
12. Santana MG. O corpo do ser diabético: significados e subjetividades. 2000. [tese]. Florianópolis (SC): UFSC; 2000.
13. Pollock RE, Doroshow JH, Khayat D, Nakao A, O'Sullivan B. (Ed.). Manual de Oncologia Clínica da União Internacional Contra o Câncer. 8ª. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006.
14. Vieira MCU, Marcon SS. Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. Rev Esc Enferm USP. 2008 dez.; 42(4): 752-60.
15. Goldstein LLL, Sommerhalder C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: Freitas EV et al (Org.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
16. Trincaus MR, Corrêa AK. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. Rev Esc Enferm USP. 2007 mar.; 41(1): 44-51.
17. Muniz RM, Zago MMF. A experiência da radioterapia oncológica para os pacientes: um remédio-veneno. Rev Latino-Am Enfermagem. [on line]. 2008 nov./dez. [citado em 20 fev. 2009]; 16(6): 998-1004. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
18. Linardi AG, Dantas FA, Silva RM. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. Rev Bras Cancerol. 2002 out./dez.; 48(4): 493-8.
19. Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. Ciênc. saúde coletiva. 2008 jul./ago.; 13(4): 1247-56.
20. Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao fem. Psicol. estud. 2008 abr./jun.; 13(2): 231-7.

10 Considerações Finais

O processo de envelhecimento ocasiona importantes alterações de cunho individual, familiar e social, cada qual com seus significados e relevâncias. Este processo é real e não há meios que o evitem. Exceto em casos de morte prematura, todos iremos ver, viver e sentir o envelhecer, pois este é o ciclo da vida. Envelhecer, hoje em dia, não é mais um discurso distante, mas algo muito presente em virtude da transição demográfica e do aumento da idade populacional.

Todavia, os efeitos da velhice podem ser devastadores, pois na cultura capitalista em que vivemos a própria identidade do idoso pode ser descaracterizada, decorrente das mudanças na estrutura familiar, da interrupção de projetos de vida, alteração de valores e, especialmente, das modificações orgânicas.

Assim, entendemos que envelhecer pode assustar a todos, pois nos leva a refletir a respeito de nossa finitude, sendo muito improvável pensar na velhice sem pensar na morte.

Nesse sentido, observamos que a presença de uma doença carregada de significados como o câncer, geralmente faz com que o processo de envelhecimento seja permeado por representações, configurações e valores diversos, que podem alterar o modo de viver, de estar-no-mundo e se relacionar com ele.

Na trajetória percorrida em busca do significado do câncer para as pessoas idosas que participaram desta pesquisa, através das descrições de suas próprias vivências e embasadas pelo pensamento filosófico fenomenológico, foi possível visualizar algumas facetas desse fenômeno, que se desvelaram na forma de *aceitação*, como se fosse uma doença esperada ao envelhecer, uma DCNT que exige mais cuidados e que outras pessoas também podem ter; *resignação*, como se a doença

fosse uma determinação divina ou provação; e *medo*, sendo vista como uma doença incurável, maligna, fatal.

A partir do desenvolvimento deste estudo, somado ao conhecimento fundamentado no decorrer da prática profissional com clientes oncológicos em tratamento quimioterápico, foi possível constatar que aqueles idosos que apresentavam alguma alteração/limitação orgânica, que os impediam de exercer as mesmas atividades cotidianas, demonstraram um pesar muito maior por ter a doença do que aqueles que não sentiam restrições no seu dia-a-dia em consequência do câncer. Os sentimentos de tristeza ou de aceitação parecem estar ligados diretamente à gravidade apresentada pela doença.

Dessa forma, quando o câncer não representa um impedimento para o seu viver, no sentido de caminhar, ser independente, realizar suas atividades diárias, parece que essas pessoas possuem uma visão mais positiva da doença e uma aceitação mais fácil do diagnóstico. Essa postura também pode ser associada àqueles idosos cuja compreensão acerca de sua condição de saúde é mais limitada, ou que fogem da situação, negando sua importância.

Contudo, ao notarem que a doença se agrava e se sentirem impedidos de realizar seus afazeres rotineiros, ao perceberem que o tratamento não atinge o efeito esperado e que o corpo começa a ser afetado, seja pela manifestação da sintomatologia clínica do câncer, seja pelos efeitos decorrentes da terapêutica, os idosos se mostram então mais ressentidos, de modo que sua visão do câncer passa a ser caracterizada por sentimentos negativos, que se traduzem por medo, revolta, fatalidade e compreensão de sua finitude, o que vem ao encontro dos pressupostos inicialmente estabelecidos quando da concepção desta pesquisa.

Assim, este estudo possibilitou momentos de reflexão e revisão da assistência de enfermagem a essas pessoas, que já conhecíamos pela prática profissional no serviço de oncologia, bem como exteriorizar as incertezas e angústias que as acompanhavam no decorrer de seu tratamento. Porém, agora com o propósito de conhecê-las melhor e desvelar suas percepções, nos aprofundamos no mundo-vida desses sujeitos com o intuito de compreender a descrição de suas vivências para chegar à essência do fenômeno do câncer em suas vidas.

Constatamos que os relatos dos idosos participantes desta pesquisa nos apontaram significados do câncer semelhantes ao de estudos já realizados sobre o tema, o que demonstra que a experiência do câncer pode ser comum a todos os indivíduos portadores dessa patologia, uma vez que eles compartilham da mesma vivência. Entretanto, embora essa experiência seja comum a esses indivíduos, ela se dá de maneira única. Essa singularidade se deve aos aspectos subjetivos de cada pessoa, seus valores e cultura, sua visão de mundo, conforme o olhar que tem sobre sua doença e a forma de vivenciá-la.

Sendo assim, faz-se necessário compreender o corpo em todo o seu simbolismo, para que a enfermagem possa não apenas explicá-lo, mas entendê-lo, uma vez que este é o meio como percebemos e somos percebidos, como interagimos com o mundo.

Portanto, ao cuidar de idosos, de maneira especial os portadores de câncer, o enfermeiro necessita desenvolver a habilidade de ouvir, de estar atento ao momento que o idoso está vivenciando, reconhecer as dificuldades que ele possa estar enfrentando, considerando as percepções que ele tem da doença e do tratamento. Dessa forma, poderá planejar suas ações de cuidado a partir do contexto em que o idoso está inserido, levando em conta as condições que afetam esse indivíduo e sua convivência em família e em sociedade.

APÊNDICES

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: O significado da vivência do câncer para os idosos

Mestranda: Lenícia Cruz Soares

Telefone: (53) 9161 0399 / E-mail: lenicia.soares@gmail.com

Orientadora: Maria da Glória Santana

Telefone: (53) 3278 6475 / E-mail: glorita2000@uol.com.br

Estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “O significado da vivência do câncer para os idosos”, com o objetivo de conhecer o significado de vivenciar o câncer para as pessoas idosas.

Por isso, gostaríamos de convidá-lo(a) a participar deste estudo, emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas.

Eu, _____, abaixo assinado, aceito participar da referida pesquisa e declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente trabalho.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida referente a pesquisa;
- do uso de gravador durante a entrevista;
- da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum;
- da segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações;
- do compromisso de acesso as informações coletadas, bem como aos resultados obtidos;
- de que serão mantidos os preceitos éticos e legais após o término da pesquisa;
- da publicação do trabalho.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar do estudo.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do participante da pesquisa ou impressão digital

Assinatura da pesquisadora

Apêndice B

Instrumento de Pesquisa

Entrevista Semi-estruturada

Pesquisa: O significado da vivência do câncer para os idosos

Mestranda: Lenícia Cruz Soares

Orientadora: Maria da Glória Santana

Dados de caracterização:

Nome:

Diagnóstico:

Há quanto tempo sabe do diagnóstico de câncer:

Idade:

Sexo:

Etnia:

Religião:

Ocupação:

Escolaridade:

Com quem mora:

Questões Norteadoras:

Fale sobre ter câncer na sua vida.

De que modo o(a) senhor(a) se descobriu como portador de câncer?

Que sentimentos o(a) senhor(a) tem em relação a estar com câncer na sua idade?

Gostaria de dizer algo mais?

Apêndice C

Diário de Campo

Pesquisa: O significado da vivência do câncer para os idosos

Mestranda: Lenícia Cruz Soares

Orientadora: Maria da Glória Santana

Data:		
Sujeito (Nome fictício):		
Observações	Reflexões	Fundamentação Teórica

ANEXOS

Anexo 1

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

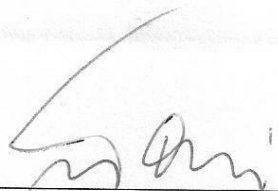


MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PELOTAS, 9 de dezembro de 2008.

PARECER Nº 060/2008

O projeto de pesquisa intitulado: “O SIGNIFICADO DO CÂNCER NA VIVÊNCIA DE IDOSOS”, está constituído de forma adequada, cumprindo, nas suas plenitudes preceitos éticos estabelecidos por este Comitê e pela legislação vigente recebendo, portanto, **PARECER FAVORÁVEL** à sua execução.


Prof. Marcos Antonio Torriani
Coordenador do CEP/FO/UFPel

Prof. Marcos A. Torriani
Coordenador
Comitê de Ética e Pesquisa

Anexo 2

Normas da Revista Ciência, Cuidado e Saúde



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
Departamento de Enfermagem
Ciência, Cuidado e Saúde

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A revista **Ciência, Cuidado e Saúde** é um periódico de publicação trimestral que objetiva divulgar a produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial, da enfermagem.

A revista classificará os artigos de acordo com as seguintes especificações: **Editorial:** matéria de responsabilidade da Comissão Editorial da Revista e/ou convidados. **Artigos Originais:** relato de pesquisa científica inédita e concluída. Devem atender aos princípios de objetividade e clareza da questão norteadora (máximo 15 páginas incluindo tabelas e gráficos). **Revisão:** avaliação crítica sistematizada da literatura com reflexão acerca dos principais fatos e idéias publicados sobre determinado tema de interesse para o desenvolvimento da ciência da saúde, devendo conter procedimentos adotados, delimitação e conclusão (máximo 15 páginas). Relato de experiência: inclui descrições de experiências acadêmicas ou assistenciais ou de extensão (máximo 10 páginas). Reflexão: Considerações teóricas sobre a prática da enfermagem ou de tema que contribua criticamente para o aprofundamento do conhecimento na área (máximo 10 páginas).

Processo de avaliação

Os artigos recebidos serão encaminhados para análise e avaliação de três consultores ad-hoc, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. No caso de dois pareceres desfavoráveis, o artigo é recusado e no caso de dois favoráveis (mesmo com indicação de reformulação) o artigo é encaminhado aos autores juntamente com os pareceres dos consultores, para que procedam as modificações apontadas ou apresentem justificativas de sua manutenção. A indicação final para a publicação do manuscrito reformulado compete à Comissão Editorial, que apreciará o atendimento ou não às sugestões apontadas pelos consultores e pela própria Comissão, podendo haver indicação de novas sugestões para alterações ou complementações. Somente após aprovação final dos editores e consultores, os trabalhos serão encaminhados para publicação.

O trabalho encaminhado aos autores para reformulação deverá retornar à Comissão Editorial no prazo máximo de 30 dias. Fora desse prazo, será considerada nova submissão.

Para submissão do artigo é necessário que pelo menos um dos autores seja assinante da revista. Acrescentamos que em caso de aprovação, os demais autores também deverão fazer a assinatura.

Normas Editoriais gerais

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à *Ciência, Cuidado e Saúde*, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Deverão vir acompanhados de:

Carta de submissão dirigida à Comissão Editorial da *Ciência, Cuidado e Saúde*, assinado por todos os autores, contendo declaração de que se trata de trabalho inédito e que o mesmo não está sendo submetido a outro periódico.

Declaração de transferência dos direitos autorais à Revista *Ciência, Cuidado e Saúde*, assinada por todos os autores.

Para avaliação do manuscrito, além das normas de publicação serão consideradas: atualidade e relevância do tema, originalidade, consistência científica e atendimento aos aspectos éticos. Os autores são responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho.

Após submissão não serão admitidas inclusão ou exclusão de autores, sem que haja uma explicação convincente para isto.

As opiniões e conceitos emitidos nos trabalhos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade do (s) autor (es), não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Editorial.

Normas para apresentação dos trabalhos

1) Aspectos gerais

Serão aceitos trabalhos redigidos em português, inglês e espanhol.

Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão fazer referência ao número do parecer aprovado pelo Comitê de Ética que analisou a pesquisa, bem como explicitar o processo adotado para atendimento das prerrogativas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os artigos deverão ser digitados em “word for windows” 98 ou superior, fonte “Times New Roman”, tamanho 12, com espaçamento duplo, com margens de 2,5 cm e papel A4.

Ilustrações coloridas (figuras) não serão aceitas para publicação, devendo ser adaptadas para tons de cinza ou preto. Figuras e tabelas devem ser limitadas (os) a cinco no total.

Os artigos deverão ser enviados em duas (2) vias impressas com o respectivo arquivo em disquete ou CD.

2) Organização

a) Página de identificação

Não numerada, contendo título do trabalho com as devidas informações em nota de rodapé: se o trabalho foi financiado por algum órgão ou instituição, se já foi discutido em evento científico ou publicado em revista estrangeira e se originário de dissertação ou tese.

- Indicação da seção a que o texto se destina, conforme o exposto no parágrafo introdutório;

- Nome completo do(s) autor(es), logo abaixo do título (máximo de seis autores). Em nota de rodapé deverão constar: formação profissional, titulação e/ou cargo atual, instituição a que pertence(m) e endereço eletrônico.

- Endereço completo do autor principal para contato.

b) Manuscrito

Exige-se correção de português, inglês e espanhol e não deverá conter notas de rodapé. Deverá apresentar a seguinte estrutura:

Título: em português, inglês e espanhol;

Resumo em português contendo no mínimo 150 e no máximo 200 palavras;

Palavras-chave: 3(três) a 5 (cinco) palavras ou expressões que identifiquem o tema, utilizando termos listados nos "Descritores em Ciências da Saúde- DECS-LILACS", elaborado pela BIREME;

Resumos em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen): devem corresponder à versão do resumo em português e seguido pela expressão Palavras-chave (Keywords e Palabras clave).

Texto propriamente dito (Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão /considerações finais, Agradecimentos e Referências).

Observações:

- o depoimento dos sujeitos deverá ser apresentado em espaço simples, com recuo à esquerda, itálico, com letra tamanho 10, sem aspas e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...], e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre colchetes;

- citação "ipsis literes" de até três linhas, usar aspas, na sequência do texto; acima de três linhas, colocar em espaço simples, com recuo à esquerda de 4cm, letra tamanho 10. Nos dois casos fazer referência ao número da página de onde foi retirado o trecho em questão Exemplo^(19:6).

3) Referências

Não ultrapassar o limite de 20 (vinte). No texto devem ser numeradas, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez. Devem ser identificadas no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase. Nesse caso além do nome (sem o ano), deve aparecer o número correspondente. Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-as por um traço (ex. 3-5); quando intercalados utilize vírgula (ex. 5,8,12).

As referências devem ser listadas na mesma ordem de citação no texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Devem constar os nomes de todos os autores até 6, quando ultrapassar este número, citar os seis primeiros autores e em seguida utilizar a expressão *et al.*

As referências devem ser alinhadas à esquerda.

A exatidão das referências é de responsabilidade do (s) autor(es).

Exemplos:

Livro

Marcondes E. Pediátrica básica. 8ª. ed. São Paulo: Sarvier; 1999.

Capítulo de Livro

Centa ML. A família enfrentando a infertilidade. In: **Elsen I, Marcon SS, Silva MRS.** O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2002. p. 121-40.

Dissertação/Tese

Mathias TAF. A saúde do idoso em Maringá: análise do perfil de sua morbimortalidade. 2002. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública-USP; 2002.

Artigo de periódicos

Uchimura TT, Szarfarc SC. Anemia e alimentação das crianças ingressantes nas escolas estaduais de Maringá-PR. *Ciênc Cuid e Saúde*. 2002 jan./jun.; (1): 35-9.

Evento (Anais/Proceedings de conferência)

Matsuda LM, Klassmann J, Meireles VC, Nishimura CH, Saalfeld SMS. Instrumentos administrativos para a gestão do serviço de enfermagem: percepção dos enfermeiros. In: *Anais do 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2006 nov 5-9; Salvador (Ba). Salvador: ABEn - Seção BA, 2006.

Artigo de jornal

Silva HS. Estatuto do idoso em estudo. *Jornal do Brasil*. 2003 Jul 6; Caderno B: p. 6.

Ministério proíbe fabricação e uso de agrotóxico à base de organoclorados. *Folha de S. Paulo*. 2002 Set 3; p. 25.

Documentos federais, estaduais e municipais

Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Educação e Cultura. Programa Estadual de Educação Física - 1987/1990. **Rio de Janeiro: ECEF/SEEC-RJ; 1987. Mimeografado.**

Brasil. Ministério da Saúde. INCA / Conprev. Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2006.

Documentos eletrônicos

Godoy CB. O Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [on-line]. 2002 jul-ago. [citado em 28 abr 2006];10(4):596-603]. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400018&lng=pt&nrm=iso.jcn.co.uk/journal%202001/4_03_03.htm.

Para outros exemplos de referências consultar o site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Abreviaturas de títulos de periódicos em português consulte o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

Observação

A Revista *Ciência, Cuidado e Saúde* adota a partir de janeiro de 2007, normas baseadas no “Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas em 2001 no volume 9, número 2 da Revista Latino-americana de Enfermagem.

Os trabalhos devem ser enviados para:

Ciência Cuidado e Saúde

Departamento de Enfermagem – Bloco 01

Avenida Colombo, 5790, Campus Universitário, CEP. 87.020-900 – Maringá – PR

Fone: (44) 3261-4318. Fone/Fax: (44) 3261-4471

E-mail: revden@uem.br

Maiores Informações: www.den.uem.br